ALCOHOL, ILLEGALE DRUGS & MEDICATIE

Recente ontwikkelingen in Vlaanderen

1996

Redactie
Bianca BOOMS
Jean-Paul Wydoodt

VAD

Alcohol, illegale drugs en medicatie

Recente ontwikkelingen in Vlaanderen

1996

COLOFON

Booms, Bianca
Wydoodt, Jean-Paul
Alcohol, illegale drugs en medicatie
Eerste druk

Brussel, VAD, 1997
G. Schildknechtstraat 9
1020 Brussel
160 p.

Omslag ontwerp: David Beets

ISBN 90-802429-6-9

druk acco leuven

Alcohol, illegale drugs en medicatie

Recente ontwikkelingen in Vlaanderen

1996

Bianca Booms

Jean-Paul Wydoodt

Eerste druk

Deze uitgave kwam tot stand met de financiële steun van de Vlaamse Gemeenschap

VAD

VLAAMSE
GEMEENSCHAP

Vooraf

Deze uitgave kon slechts tot stand komen dankzij de vrijwillige medewerking van allerlei diensten, instellingen, ministeries en personen die door het ter beschikking stellen van hun informatie de basis voor dit boek hebben geleverd.

Bianca Booms — Jean-Paul Wydoodt

mei, 1997

Inhoud

1. Inleiding

Het jaarboek 1996 'Alcohol, illegale drugs en medicatie. Recente ontwikkelingen in Vlaanderen' is nu het vijfde op rij in de epidemiologiereeks van de VAD. Dit jaarboek moet net als de vorige uitgaven, een duidelijk beeld geven van de voorhanden zijnde cijfers op het vlak van alcohol-, medicatie- en druggebruik, de tekorten ervan en de leemtes in onderzoek en registratie. Dit rapport kan bijgevolg een stimulans voor onderzoekers betekenen of voor al diegenen die zich in de netgenoemde problematieken interesseren. Denken we maar aan beleidsmensen, praktijkwerkers, studenten, e.a. Verder vergemakkelijkt een dergelijk rapport de verspreiding van gegevens over alcohol-, medicatie- en druggebruik naar een ruimer publiek. Tenslotte wil dit overzichtsrapport ertoe bijdragen dat wat Vlaanderen betreft, efficiënt kan geantwoord worden op vragen die internationale organisaties stellen in het kader van de aangegane verbintenissen met België.

Dit jaarrapport baseert zich op cijfergegevens of onderzoeken die in 1995-1996 werden gepubliceerd. Alhoewel het de bedoeling is om zo exhaustief mogelijk te werk te gaan, zijn niet alle onderzoeken die in de loop van 1995 of 1996 tot stand kwamen in dit jaarboek opgenomen. Dit is gedeeltelijk te wijten aan het feit dat sommige onderzoeken niet publiekelijk bekend werden gemaakt. Sommige gegevens verschijnen bovendien enkel in interne rapporten, wat de toegang ervan beperkt. Een groot aantal gegevens echter zijn afkomstig vanuit diverse federale en communautaire instanties. De Ministeries van Volksgezondheid, Justitie en Financiën, het NIS, het CBB, ... werden aangeschreven alsook instellingen voor preventie, opvang, behandeling en onderzoek van personen met alcohol- en andere drugproblemen.

De cijfergegevens en studies zijn in dit jaarboek onderverdeeld naar het soort onderzoek waartoe zij behoren. In concreto onderscheiden we drie soorten onderzoeken: bevolkingsstudies, 'utilization studies' en de officiële statistieken. Tesamen maken deze studies onderdeel uit van het geheel aan 'epidemiologische gegevens'. Bij de beschrijving proberen we de bevolkingsstudies op een eenvormige manier te behandelen. We beginnen met de doelstellingen en de methode en eindigen met de beschrijvingen van de belangrijkste resultaten inzake alcohol-, medicatie- en illegaal druggebruik. Meestal bevatten deze onderzoeken nog andere aspecten die niet in relatie werden gebracht met drugs en die wij bijgevolg ook niet hebben opgenomen (bijv. gezondheidsbeleving).

Na de weergave van de bevolkingsstudies volgen de 'utilization studies' en de officiële statistieken. We ronden af met een besluit waarbij we de belangrijkste tendensen beschrijven en reflecteren op de bestaande onderzoeken, hun gegevensverzameling, hun onderzoeksopzet en de verwerking van de gegevens en de gebruikte methoden. We eindigen met enkele aanbevelingen.

Wat is epidemiologie[1]

Met behulp van epidemiologisch onderzoek probeert men na te gaan wat de omvang, de ernst en de spreiding is van i.c. het middelengebruik. Exacte cijfergegevens over het aantal gebruikers, over stijging of daling van het middelengebruik in België ontbreken. Voor de inschatting van de omvang van het middelengebruik wordt daarom beroep gedaan op bevolkingsstudies en afgeleide indicatoren zoals officiële statistieken, registratiestudies bij hulpverleningsinstellingen en etnografisch onderzoek. Vandaar dat vaak de voorkeur wordt gegeven aan de term 'statistieken' in plaats van 'epidemiologische gegevens'.

1. Bevolkingsstudies.

Bevolkingsstudies naar het middelengebruik in België zijn, mede om budgettaire redenen, fragmentarisch en beperken zich tot bepaalde deelgroepen of tot territoriaal beperkte gebieden (een bepaalde stadswijk of een bepaalde regio in een meer ruraal gebied). Meestal focussen bevolkingsstudies over middelengebruik zich op de groep van schoolgaande jongeren (schoolonderzoek). Deze bevolkingsgroep wordt ook in andere landen regelmatig bestudeerd. Studies bij jongeren peilen o.a. naar het beginstadium van het gebruik.

2. Utilization studies.

Utilization studies geven de kenmerken weer van personen die wegens alcohol en andere drugs contact hebben met o.a. hulpverlenings- en justitiële diensten. Systematische registratie van gegevens door deze diensten bij regelmatige gebruikers van bijv. illegale drugs verschaft ons een inzicht in socio-demografische gegevens, aard en frequentie van het (poly)druggebruik, bronnen van inkomsten, druggerelateerde criminaliteit, verschuivingen in het probleemgebruik,...

3. Officiële statistieken.

Naast deze studies publice(ert)ren de overheid of erkende bedrijfsverenigingen een hele waaier van cijfergegevens. Wat politiestatistieken betreft, beschikken we in België o.a. over cijfergegevens omtrent inbeslagname van illegale drugs.
Vele overheidsdiensten leveren goed werk inzake het op de voet volgen van evoluties en trends. De cijfers van het voorgaande jaar kunnen op eenvoudige aanvraag gemakkelijk worden geleverd. Anders is het echter gesteld met de coherentie op het vlak van gegevensverzameling. Hoewel het Nationaal Instituut

---

[1] B. De Ruyver, L. Van Daele. *The Millennium Conferences 1994: Welke alternatieven inzake drugbeleid?* Brussel, Koning Boudewijnstichting, 1994, p. 26.
B. De Ruyver, J. Casselman, A. Noirfalise, L. Van Daele, D. Debbaut, M. Etienne, I. Gillet en L. Passchyn. *Verzameling en beschikbaarheid van epidemiologische gegevens omtrent het gebruik van drugs in België en in enkele buurlanden. Een voorbereidende studie.* Brussel, Diensten van de Eerste Minister, Federale Diensten voor Wetenschappelijke, Technische en Culturele aangelegenheden, Programma van toekomstgericht Sociaal-Economisch Onderzoek, RUG, KUL, Université de Liège, 1996.

voor de Statistiek in deze reeds een belangrijke rol vervult, blijven cijfergegevens bij vele instellingen moeilijk te verzamelen omwille van de verregaande spreiding van verantwoordelijkheden en dus ook gegevens.

De bedrijfsverenigingen van de medicatie- en alcoholsectoren beschikken over recent cijfermateriaal over hun activiteiten. De compleetheid van gegevens en medewerking van de brouwerijsector staat nochtans in schril contrast met de geslotenheid van de farmaceutische sector. Omwille van redenen van bedrijfsconcurrentie kan men enkel globaal cijfermateriaal uitgeven. Voor meer gedetailleerde gegevens moeten alternatieve bronnen gezocht worden.

4. Etnografische studies.

Bij dit soort studies vertrekt de onderzoeker vanuit het milieu van de druggebruiker zelf door middel van participerende observatie en/of self-report vragenlijsten. Meestal worden zowel kwalitatieve als kwantitatieve onderzoeksmethodes gebruikt om zogenaamde verborgen groepen (hidden populations) te benaderen. Een moeilijkheid bij 'hidden populations' is het vinden van een representatieve steekproef. Voor de steekproefsamenstelling maakt men meestal in dergelijke gevallen gebruik van de sneeuwbalmethode. In België kennen etnografische studies bij druggebruikers een groeiende toepassing. In 1996 echter waren deze onderzoeken nog lopende.

2. Bevolkingsenquêtes.

2.1. Gemeenschaps- en Gewestniveau.

2.2.1. Seniorama-enquête.

Bron: Senoriama-enquête.
Auteurs: Opiniepeilingsbureau Performers. In: *De Huisarts*, nr. 330, van 19 juni 1996.
Jaar onderzoek: 1996
Jaar publicatie: 1996

1. Doelstelling.

De idee om een grootschalige enquête te lanceren, ontstond door het toenemend belang van de groep senioren in de maatschappij. Om de Seniorama-enquête in een breder kader te plaatsen, geven we eerst enkele cijfers over de socio-demografische situatie van ouderen in België. Volgens de bevolkingssamenstelling van België op 31 december 1995 vormen de 50-plussers 32,5% van de totale bevolking. De regio met de oudste bevolking is Brussel: 36,5% is ouder dan 50 jaar. Binnen de groep van de 50-plussers is het aandeel vrouwen (50,7%) groter dan het percentage mannen (49,3%). Vrouwen zijn in de gehele populatie met meer dan mannen. Bovendien leven vrouwen nog altijd langer dan mannen. Dit betekent dus ook dat 82% van de alleenstaanden waarvan de partner overleden is, weduwen zijn. Gegevens over het inkomen van ouderen in België bestaan volgens het opiniepeilingsbureau "Performers" niet. De gegevens van het RIZIV uit 1990 leveren volgens hen wel interessante inzichten op. Meer dan de helft van de pensioenen zijn lager dan 30.000 frank per maand. Het gemiddelde pensioen ligt daarmee ongeveer de helft lager dan het inkomen van een nog actieve 50-plusser.

2. Methodiek.

Jaarlijks wordt een panel van 1.543 senioren over een aantal maatschappelijke problemen en evoluties ondervraagd, zoals het geneesmiddelengebruik, de gezondheidsbeleving, het aantal en het soort aandoeningen waaraan men lijdt... Om internationaal te kunnen vergelijken, streeft men naar een representatief staal van de populatie in België van minimum 50 jaar. De meest behulphoevende en de meest zieke ouderen worden om praktische redenen niet bevraagd. In het totaal werden in 1996 843 (54,6%) Vlaamse ouderen, 552 (35,8%) Waalse senioren en 148 (9,6%) Brusselse 50-plussers ondervraagd. Van deze 1.543 senioren waren er 858 (55,6%) vrouwen en 685 (44,4%) mannen.

3. Resultaten.

3.1. Geneesmiddelengebruik.

Het aantal geneesmiddelen dat de senioren ***momenteel*** gebruiken, varieert sterk naar leeftijd, geslacht, regio en beroepsgroep (zie tabel 1). Ongeveer de helft van de ouderen (51%) neemt maximaal 1 geneesmiddel in. In Vlaanderen scoort deze groep hoger (57%) dan in Brussel (50%) en in Wallonië (43%). Behalve het verschil in regio, zijn er ook verschillen naar geslacht en leeftijd. Mannen nemen minder geneesmiddelen in dan vrouwen. Van de 50- tot 60-jarige mannen neemt 52% geen enkel en 20% één geneesmiddel. Bij de vrouwen uit dezelfde leeftijdsgroep is dat respectievelijk 30% en 28%. Vrouwen horen eerder bij de grotere gebruikers. 20% van de vrouwen gebruikt minstens 4 geneesmiddelen, terwijl dat bij de mannen 12% is.

Tabel 1: Het aantal geneesmiddelen dat de senior momenteel op regelmatige basis gebruikt, uitgedrukt in percentages.

aantal geneesmiddelen op huidig ogenblik	België
geen	29
1	22
2	18
3	13
4	8
5 en meer	8
zonder antwoord	1
totaal	**100**

Men kan vermoeden dat naarmate de leeftijd stijgt, het aantal ouderen dat geneesmiddelen slikt, toeneemt. Van de senioren boven de 75 jaar kan toch nog 13% het momenteel zonder geneesmiddel stellen en 19% houdt het op 1 geneesmiddel. Bij de senioren die in rusthuizen verblijven, kan niemand het zonder geneesmiddel stellen. 13% van deze groep neemt 1 geneesmiddel. Wanneer we het laatst uitgeoefende beroep in rekening brengen, blijkt 57% van de kaders maximaal 1 geneesmiddel te gebruiken tegenover 45% bij de arbeiders. Bij de grote gebruikers van geneesmiddelen (meer dan 3 geneesmiddelen) valt het onderscheid tussen de verschillende regio's op: 13% in Vlaanderen, 19% in Brussel en 21% in Wallonië. Het geneesmiddelengebruik van meer dan 3 geneesmiddelen ligt ook hoger in een arbeidersmilieu (20%) dan bij senioren met een kaderfunctie (13%). Voornamelijk de senioren die in een rusthuis verblijven, behoren tot de groep van de grote gebruikers (52%).

3.2. Huisartstrouw.

86% van de senioren volgt de voorschriften van de huisartsen nauwgezet op (zie tabel 2). De Vlaamse senior (89%) is iets volgzamer dan de Waalse (84%) of de Brusselse senior (82%). Leeftijd speelt ook een rol. Het zijn voornamelijk de oudere bejaarden die de voorschriften beter opvolgen: van 81% van de 50- tot 55-jarigen, tot 90% van de 75- tot 80-jarigen. Anderzijds mogen we ook niet de invloed van het opleidingsniveau op de ingesteldheid van de bejaarde vergeten. Het zijn vooral de universitairen die het minst de voorschriften van de huisarts opvolgen (76%). 90 à

91% bij de lageropgeleiden, 87% van diegenen die hun middelbaar gedeeltelijk of geheel hebben afgemaakt en 83% bij diegenen met een niet-universitaire opleiding volgen de voorschriften van de huisarts tot op de letter.

Tabel 2: De huisartstrouw bij het gebruik van geneesmiddelen, uitgedrukt in percentages.

als uw huisarts geneesmiddelen voorschrijft, volgt u dan trouw het voorschrift op?	België
ja	86
neen	12
zonder antwoord	2
totaal	**100**

3.3. Automedicatie.

9 op 10 senioren zeggen zelden of nooit zonder voorschrift van de arts een geneesmiddel te halen (zie tabel 3). Net de helft van de bejaarden beweert nooit aan automedicatie te doen. Hoe hoger de leeftijd, hoe groter het aantal bejaarden dat nooit aan automedicatie doet. Een derde van de 50- tot 55-jarigen tot 71% bij de 80-plussers haalt nooit op eigen houtje geneesmiddelen in huis. Het opleidingsniveau speelt ook een rol. Van de senioren met een lagere school opleiding haalt 61% nooit op eigen initiatief geneesmiddelen in huis. Bij universitairen schommelt dit aantal rond de 35%. Anderzijds zullen financiële middelen bepalend zijn bij de keuze van de patiënt voor automedicatie. De niet voorgeschreven geneesmiddelen worden immers niet terugbetaald door het RIZIV. Uit de Seniorama-enquête blijkt dat van de categorie die minder dan 50.000 frank per maand verdient, 7% aan automedicatie doet. De grootste beoefenaars van zelfmedicatie (15%) zijn echter te vinden bij diegenen die meer dan 100.000 frank per maand verdienen.

Tabel 3: De automedicatie, uitgedrukt in percentages.

al dan niet toepassen van zelfmedicatie	België
neemt nooit geneesmiddelen in zonder voorschrift	50
neemt zelden geneesmiddelen in zonder voorschrift	41
neemt regelmatig geneesmiddelen in zonder voorschrift	7
zonder antwoord	2
totaal	**100**

3.4. Gemiddelde maandelijkse uitgaven aan huisartsconsultaties en geneesmiddelen.

De gemiddelde maandelijkse uitgaven aan huisartsconsultaties en geneesmiddelen zijn weergegeven in tabellen 4 en 5. Uit de Seniorama-enquête blijkt dat de bijdrage van de patiënt per maand voor het raadplegen van een huisarts 746 frank bedraagt en voor geneesmiddelen 947 frank. Opgesplitst naar het soort senior, bekomt men de volgende resultaten. De ouderen "in prima conditie"[1] geven maandelijks gemiddeld 305 frank uit aan hun huisarts en 340 frank aan geneesmiddelen. De

[1] Voor een gedetailleerde beschrijving van de verschillende typen senioren, verwijzen we naar het tijdschrift 'De Huisarts', nr. 330 van 19 juni 1996.

groep senioren "het gaat" geeft meer dan het dubbele uit dan de vorige groep: 627 voor het artsenbezoek en 753 frank voor geneesmiddelen. De doktersrekening van de "ongeruste" bejaarden loopt maandelijks op tot 1.115 frank en bij de apotheker betalen ze maandelijks gemiddeld 1.436 frank. De groep met de hoogste uitgaven is deze van de "breekbare" ouderen. Zij betalen voor hun artsenbezoeken gemiddeld 1.159 frank per maand en voor de geneesmiddelen 1.724 frank. Het verschil tussen deze laatste twee groepen zit hem vooral in de rekening voor de geneesmiddelen.

Tabel 4: De gemiddelde bijdrage per maand voor *raadplegingen van de huisarts,* uitgedrukt in percentages.

gemiddelde bijdrage per maand	België
0 à 100 frank	13
100 à 500 frank	18
500 à 1.000 frank	29
1.000 à 3.000 frank	11
3.000 frank en meer	1
zonder antwoord	29
totaal	**100**

Tabel 5: De gemiddelde bijdrage per maand voor *geneesmiddelen,* uitgedrukt in percentages.

gemiddelde bijdrage per maand	België
0 à 100 frank	12
100 à 500 frank	23
500 à 1.000 frank	18
1.000 à 3.000 frank	15
3.000 frank en meer	3
zonder antwoord	29
totaal	**100**

Daarnaast zijn er opmerkelijke verschillen naar regio wat betreft het aantal senioren die maandelijks tussen de 1.000 en de 3.000 frank voor geneesmiddelen uitgeven. 12% van de Vlaamse senioren, 16% van de Brusselse ouderen en 20% van de Waalse ouderen valt binnen deze categorie. De verklaring voor het hoge percentage in Wallonië heeft te maken met het grote aantal ouderen dat Wallonië kenmerkt. Eenzelfde trend ziet men bij de senioren die per maand gemiddeld meer dan 3.000 frank spenderen aan geneesmiddelen. In Vlaanderen bedraagt dit percentage 1,6%, in Brussel 2,7% en in Wallonië 3,8%.

Volgens internationale studies geeft een mens het belangrijkste deel van de som die hij gedurende heel zijn leven aan gezondheidszorg heeft besteedt uit in de laatste jaren van zijn leven. Dit geldt voor de uitgaven voor geneesmiddelen, maar niet voor doktersbezoeken. Vooral de jongere bejaarden (tot 65 jaar) geven het meest uit aan de dokter (3.000 frank en meer). In tegenstelling tot de uitgaven voor doktersrekeningen stijgen de maandelijkse uitgaven aan de apotheker wel met de leeftijd. Van de jongste bejaarden (50-55 jaar) geeft 1,6% maandelijks meer uit dan 3.000 frank. Bij de 75-plussers kan men spreken van 3,4 tot 5%. Ook hoger opgeleiden geven meer uit aan geneesmiddelen.

3.5. Onderconsumptie?

Volgens De Huisarts leeft bij het artsenkorps de vrees voor onderconsumptie van medische zorg sterk. Uit de Seniorama-enquête blijkt dat slechts 4% van de senioren in de loop van het laatste jaar een raadpleging bij zijn huisarts oversloeg uit financiële overwegingen. Volgens de Huisarts ligt het aantal senioren dat een raadpleging oversloeg vermoedelijk hoger. Verschillen in houding zijn ook vast te stellen naargelang de leeftijd. Van de senioren jonger dan 60 jaar zegt ongeveer 7% al eens een raadpleging over te slaan. Tussen de 60 en 80 jaar daalt dit tot 3% en bij de 80-plussers tot 2%. De Huisarts weet niet of het nu de hoogbejaarden zijn die er goed bij kas zitten of dat de beschaamdheid bij deze mensen een veel grotere rol speelt. Het inkomen van de senior bepaalt natuurlijk voor een groot deel of het antwoord op deze vraag positief is. Van de senioren met een inkomen dat onder de 30.000 frank ligt, zegt 8% een raadpleging over te slaan. In de groep met een inkomen tussen 30.000 en 70.000 is dat 5% en in de hogere inkomensgroepen (meer dan 70.000 frank) daalt dit aantal nog tot 2%. Op het geneesmiddelengebruik wordt wel iets sneller bespaard als op de raadpleging van een huisarts. 5% van de senioren beweert in de loop van het voorbije jaar minstens éénmaal een geneesmiddelenvoorschrift van de huisarts niet naar de apotheek te hebben gebracht. Het inkomensniveau verklaart deze houding voor een groot stuk.

3.6. Prijs-kwaliteit-verhouding.

Ongeveer 2 senioren op 3 vinden de te betalen prijs verantwoord (zie tabel 6). Het overige deel bestempelt de kosten als te hoog. Hoe hoger het opleidings- en het inkomensniveau, hoe meer men geneigd is de kosten als rechtvaardig te beschouwen.

Tabel 6: De mate waarin men de prijs voor geneeskundige zorgen verantwoord vindt, uitgedrukt in percentages.

mate van verantwoording	België
verantwoord	65
te hoog	32
zonder antwoord	3
totaal	**100**

Opmerkelijk is dat heel wat senioren die in rusthuizen verblijven, de kosten te hoog vinden (39%). Dit is bovendien de enige categorie van ouderen waar er geen meerderheid is die de kosten gerechtvaardigd vindt (48%).

2.1.2. Enquête over ethische problemen.

Bron: Enquête over ethische problemen.
Auteurs: De Huisarts, Weekblad voorbehouden aan het medisch corps, nr. 315 van 6 maart 1996.
Jaar onderzoek: 1995
Jaar publicatie: 6 maart 1996

1. Doelstelling en methode.

Naar aanleiding van een aantal actuele thema's omtrent ethische problemen heeft De Huisarts een enquête bij huisartsen gelanceerd over euthanasie, abortus en druggebruik. Het derde luik van de enquête peilde vooral naar de mate waarin huisartsen geconfronteerd worden met vragen van patiënten over druggebruik, de reactie van de huisarts op deze vragen, of hij zich wel bekwaam genoeg voelt om op deze vragen in te gaan, of hij voor dan wel tegen depenalisering is van illegale drugs, enz. In het totaal werden 399 huisartsen bevraagd, waarvan 192 (48,1%) uit Vlaanderen, 147 (36,8%) uit Wallonië en 60 (15%) uit Brussel. Van het totaal aantal artsen waren er 78,5% mannen 20,7% vrouwen. 17,9% van de artsen is minder dan 35 jaar. 59,6% van de artsen bevindt zich in de leeftijdscategorie tussen de 35 en 50 jaar. De overige 22,5% van de artsen is minstens 50 jaar.

2. Resultaten.

Bijna 6 op 10 huisartsen krijgt maandelijks minstens één vraag over drugs en/of druggebruik (zie tabel 7). Bijna 1 op 10 huisartsen krijgt dergelijke vragen minstens zes maal per maand. Deze laatste groep van huisartsen treffen we vooral aan in Brussel (17%) en in mindere mate in Vlaanderen (5%) en in Wallonië (7%). In Brussel worden in het algemeen meerdere huisartsen met vragen over drugs en of druggebruik geconfronteerd (63%), terwijl dat in Vlaanderen en in Wallonië 56% is. Er zijn niet alleen verschillen naar regio, maar ook verschillen naar huisartsen van verschillende leeftijden. 60% van de huisartsen boven de 50 jaar hoort van zijn patiënten geen vragen over drugs en of druggebruik, terwijl dit bij jonge artsen veel minder het geval is (38%). Dit doet De Huisarts vermoeden dat druggebruikers voor deze problematiek misschien liever jonge artsen dan oudere artsen consulteren.

Tabel 7: Het gemiddeld aantal keren per maand dat een huisarts geconfronteerd wordt met een vraag van de patiënt over drugs en/of druggebruik, uitgedrukt in absolute aantallen en percentages.

aantal keren	absolute aantallen	percentages
niet	171	43
1 - 5 keer	197	49
6 keren of meer	30	8
zonder antwoord	1	0
totaal	**399**	**100**

Opmerkelijk is dat in een derde van de gevallen de vraag gesteld wordt door een niet-gebruiker van drugs (zie tabel 8). In Vlaanderen (39%) komen de meeste vragen uit de omgeving van de druggebruiker. In Wallonië (25%) en in Brussel (18%) is dit minder het geval. In iets minder dan de helft van gevallen (45%) stelt de druggebruiker de vragen zelf (zie tabel 8). Dit is vooral het geval in Brussel (53%) en in Wallonië (49%).

Tabel 8: De mate waarin een patiënt die vragen heeft over drugs en of druggebruik, zelf drugs gebruikt, uitgedrukt in absolute aantallen en percentages.

mate van druggebruik	absolute aantallen	percentages
zelden of nooit	122	31
tamelijk vaak	54	14
meestal of steeds	123	31
zonder antwoord	100	25
totaal	**399**	**100**

Vragen over drugs worden zowel tijdens specifieke raadplegingen, als op andere momenten door de patiënten gesteld (zie tabel 9). Het hoogst aantal vragen wordt gesteld bij een raadpleging voor een ander probleem. Bij een specifieke raadpleging alsook bij chronisch gebruik van medicijnen worden er ook vragen gesteld over drugs en/of druggebruik, maar in iets mindere mate. Naargelang de regio treden er grote verschillen op. Het aandeel huisartsen dat vragen krijgt tijdens een speciale raadpleging ligt hoger in Brussel (44%) dan in Wallonië (25%) en Vlaanderen (17%).

Tabel 9: Het soort raadpleging waarop er de meeste vragen worden gesteld aan een huisarts over drugs en/of druggebruik, uitgedrukt in absolute aantallen en percentages.

soort raadpleging	vaak		soms		zelden		nooit		zonder antwoord		totaal
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	%
specifieke raadpleging	47	12	49	12	108	27	94	24	101	25	**100**
raadpleging voor een ander probleem	68	17	93	23	77	19	62	16	99	25	**100**
secundaire gevolgen	29	7	64	16	98	25	104	26	104	26	**100**
crisismoment	24	6	57	14	99	25	114	29	105	26	**100**
chronisch gebruik	54	14	77	19	81	20	78	20	109	27	**100**
intercurrente aandoeningen	27	7	66	17	91	23	108	27	107	27	**100**

Er werd ook aan de huisarts gevraagd in welke mate hij zich bekwaam genoeg voelde om vragen over drugs te beantwoorden (zie tabel 10). De Vlaamse huisarts (39%) voelt zich duidelijk beter gewapend dan zijn Waalse (25%) of Brusselse collega (23%). Opgesplitst naar geslacht voelen mannelijke huisartsen (34%) zich zekerder van hun stuk dan vrouwelijke huisartsen (21%). Oudere huisartsen van boven de 35 jaar (32%) voelen zich iets meer bekwaam dan jongere huisartsen van beneden de 35 jaar (27%) om vragen over drugs en/of druggebruik te beantwoorden. Meer dan 1 op 3 huisartsen voelt zich niet bekwaam om op de gestelde vragen rond drugs te antwoorden (zie tabel 10). Vooral in Wallonië is dit percentage hoog (51%). In Vlaanderen daarentegen vindt slechts 1 op 4 huisartsen

dat zij onvoldoende geschoold en opgeleid zijn om op dergelijke vragen te antwoorden.

Tabel 10: De mate waarin de huisarts zich bekwaam genoeg voelt om op vragen over drugs te antwoorden voor de verschillende regio's, uitgedrukt in absolute aantallen en in percentages.

mate van bekwaamheid om te antwoorden	België N	België %	Vlaanderen N	Vlaanderen %	Wallonië N	Wallonië %	Brussel N	Brussel %
voldoende	125	31	74	39	37	25	14	23
gedeeltelijk	123	31	65	34	33	22	25	42
onvoldoende	143	36	49	26	75	51	19	32
zonder antwoord	8	2	4	2	2	2	2	3
totaal	**399**	**100**	**192**	**100**	**147**	**100**	**60**	**100**

Slechts 1 op 10 huisartsen denkt dat hij een druggebruiker optimaal zou kunnen begeleiden (zie tabel 11). 3 huisartsen op 4 denken deze opdracht niet te kunnen vervullen. Ook hier scoren Waalse huisartsen (80%) minder goed dan hun Vlaamse (69%) en Brusselse collega's (60%). Vrouwelijke (80%) en oudere huisartsen (50+: 78%) voelen zich hier ook minder toe geroepen dan mannelijke (70%) en jongere huisartsen (<35 jaar: 63% en 35-50 jaar: 72%).

Tabel 11: De mate waarin een huisarts zich bekwaam genoeg voelt om een druggebruiker te begeleiden voor de verschillende regio's, uitgedrukt in absolute aantallen en percentages.

mate van bekwaamheid om te begeleiden	België N	België %	Vlaanderen N	Vlaanderen %	Wallonië N	Wallonië %	Brussel N	Brussel %
voldoende	44	11	20	10	15	10	9	15
gedeeltelijk	62	16	37	19	12	8	13	22
onvoldoende	286	72	132	69	118	80	36	60
zonder antwoord	7	2	3	2	2	1	2	3
totaal	**399**	**100**	**192**	**100**	**147**	**100**	**60**	**100**

Naar aanleiding van het debat over het al dan niet depenaliseren van cannabis werd de mening van de huisartsen hierover bevraagd (zie tabel 12). Iets meer dan de helft van de huisartsen wil het gebruik van cannabis in het strafrecht houden. In Wallonië is de meerderheid iets groter dan in Vlaanderen en Brussel.

Tabel 12: De mening van de huisartsen over het depenaliseren van cannabis voor de verschillende regio's, uitgedrukt in absolute aantallen en percentages.

depenalisering van cannabis	België N	België %	Vlaanderen N	Vlaanderen %	Wallonië N	Wallonië %	Brussel N	Brussel %
nee	209	52	100	52	81	55	28	47
hangt ervan af	3	1	1	1	1	1	1	2
ja	154	39	81	42	51	35	22	37
zonder antwoord	33	8	10	5	14	10	9	15
totaal	**399**	**100**	**192**	**100**	**147**	**100**	**60**	**100**

Anderzijds zijn bijna 4 huisartsen op 10 voor een depenalisering. Het grootste aantal voorstanders van legalisering is terug te vinden in Vlaanderen, gevolgd door Brussel en Wallonië. Bij de mannelijke artsen (41%) ligt het aantal voorstanders van depenalisering duidelijk hoger dan bij de vrouwen (30%). 6 vrouwelijke huisartsen

op 10 wijzen depenalisering resoluut af, bij de mannen is dat iets meer dan de helft (51%). Opmerkelijk is dat de weerstand tegen depenalisering van het gebruik van cannabis hoger is bij huisartsen onder de 35 jaar (63%), dan bij collega's tussen 35 en 50 jaar (48%) en de 50-plussers (57%).

De enquête vroeg ook welke gevolgen de huisarts, als arts, het meest vreest bij gebruik van cannabis (zie tabel 13). Iets meer dan een kwart van de huisartsen gelooft in de 'stepping-stone' theorie. Cannabis zou volgens hen slechts een tussenstap zijn om in een later stadium over te gaan naar een hard drug. Vooral in Wallonië (31%) leeft deze gedachte onder de artsen. Iets minder dan 1 op 4 huisartsen in België vreest voor de afhankelijkheid aan cannabis en het verslavend effect. Verder stelt 3% dat er geen schadelijke gevolgen verbonden zijn aan het gebruik van cannabis, terwijl nog eens 7% meent dat het gebruik van deze drug helemaal geen gevolgen heeft. 23% tenslotte geeft geen antwoord of zegt te weinig kennis te hebben over cannabis.

Tabel 13: De gevolgen van cannabis die men als arts het meest vreest, opgesplitst naar regio, uitgedrukt in absolute aantallen en percentages.

de gevolgen van cannabis die men als arts het meest vreest	België		Vlaanderen		Wallonië		Brussel	
	N	%	N	%	N	%	N	%
overstap naar hard drugs	110	28	49	26	45	31	16	27
afhankelijkheid/verslaving	91	23	47	24	33	22	11	18
hallucinaties/angsten	29	7	14	7	13	9	2	3
demotivatie apathie	12	3	4	2	4	3	4	7
geheugenverlies/verminderde intellectuele capaciteiten	8	2	2	1	5	4	1	2
sociaal isolement	6	2	4	2	1	1	1	2
ademhalingsproblemen	2	1	2	1	0	0	0	0
financiële problemen	5	1	5	3	0	0	0	0
genetische gevolgen	5	1	2	1	3	2	0	0
niet schadelijk op zichzelf	13	3	9	5	2	1	2	3
geen enkel effect	27	7	12	6	10	7	5	8
positieve gevolgen	19	5	11	6	5	3	3	5
vergelijkbaar met tabak	1	0	1	1	0	0	0	0
zonder antwoord	93	23	38	20	37	26	18	30
totaal	**421**	**107**	**200**	**105**	**158**	**109**	**63**	**105**

2.1.3. Vrij in de vrijetijd? Een onderzoek naar individualiseringstendensen in de vrijetijd van jongeren.

Bron: Vrij in de vrijetijd? Een onderzoek naar individualiseringstendensen in de vrijetijd van jongeren.
Auteurs: Jan Pickery (KUL)
Jaar onderzoek: 1995
Jaar publicatie: 1995

1. Doelstelling.

Dit onderzoek heeft als eerste doelstelling de sociologen in opleiding (2de kandidatuur) aan de KUL de methodieken bij te leren die bij wetenschappelijk onderzoek aan te pas komen. Als thema kozen zij de individualiseringstendens bij jongeren die volgens sommige sociologen alsmaar grotere proporties aanneemt. In de naoorlogse Westerse samenleving vervaagden volgens sommige auteurs een aantal scheidingslijnen op het vlak van arbeid-kapitaal, man-vrouw verhoudingen,... Zij maakten plaats voor een toenemene individuele keuze- en beslissingsvrijheid.
Als oorzaken van de individualisering worden ondermeer de verhoging van de materiële welvaart, het gestegen onderwijsniveau en de rationalisering van de alledaagse leefwereld genoemd. In dit onderzoek gaat men na in hoeverre het vrijetijdspatroon van de jongeren geïndividualiseerd is. Over drugs werden de volgende onderzoeksvragen naar voren geschoven. Hoe tolerant zijn jongeren tegenover veelvuldig drankgebruik tijdens de vrijetijd, tegenover druggebruik, tegenover het nemen van pepmiddelen tijdens het uitgaan? Welke plaats nemen die activiteiten in in de vrijetijd van jongeren?

2. Methode.

De studenten in de 2de Kandidatuur Sociologie aan de KUL hebben de respondenten persoonlijk bevraagd met een gestandaardiseerde vragenlijst. De 20- tot 21-jarigen wonende in het Vlaamse Gewest vormden de doelpopulatie. De selectie van de respondenten gebeurde met een tweetrapssteekproef. De gemeenten werden ingedeeld in strata volgens bevolkingsaantal en volgens provincie. In het totaal werden 468 geldige enquêteformulieren opgehaald in de periode 1995.

3. Resultaten.

Aan de 468 jongeren werd gevraagd hoe dikwijls zij het voorbije half jaar **dronken** zijn geweest[2]. 42,5% beweert de voorbije 6 maanden nooit dronken te zijn geweest. Iets meer dan 1 op 5 jongeren heeft net 1 keer te veel alcohol geconsumeerd. 1 op 10 jongeren is frequent dronken (meerdere keren per maand of meerdere keren per week).

Het gebruik van illegale drugs onder de jongeren neemt geen grote proporties aan (zie tabel 14). Ongeveer 8 op 10 jongeren zegt nooit cannabis (marihuana en hasj) gebruikt te hebben. 51 jongeren of ongeveer 1 jongere op 10 heeft het afgelopen jaar cannabis gebruikt. Het aantal frequente gebruikers is echter klein (23 jongeren of 5%). Pepmiddelen (onder andere speed en XTC:) worden nog veel minder gebruikt dan cannabis. In het totaal zijn dat 31 respondenten of 6,6% van de totale populatie. Van deze 31 respondenten is er geen enkele die wekelijks of dagelijks gebruikt.

Tabel 14: De mate waarin cannabis en pepmiddelen worden gebruikt, uitgedrukt in absolute aantallen en percentages.

aantal keren	cannabis		pepmiddelen	
	N	%	N	%
nooit gebruikt	378	80,8	437	93,4
ooit wel eens	39	8,3	25	5,3
laatste jaar een keer	7	1,5	1	0,2
laatste jaar een paar keer	15	3,2	4	0,9
ongeveer één keer per maand	6	1,3	1	0,2
meerdere keren per maand	14	3,0	0	0,0
wekelijks of een paar keer per week	5	1,1	0	0,0
(bijna) dagelijks	4	0,9	0	0,0
totaal	**468**	**100**	**468**	**100**

Zowel het eigen gebruik als **de houding ten opzichte van het gebruik van (il)legale drugs** vormden een onderdeel van de vragenlijst. De jongeren werden 4 situaties voorgelegd, die zij moesten beoordelen in termen van aanvaardbaarheid (zie tabel 15). Hieruit blijkt dat elke situatie door de meerderheid van de jongeren wordt afgekeurd. Tellen we de categorieën van 'enigszins onaanvaardbaar' tot aan 'volledig onaanvaardbaar' op, dan bekomen we een percentage dat in elke situatie groter is dan 50%. Naarmate we in een situatie belanden waarbij het gebruik van illegale drugs wordt opgedreven, des te hoger is het percentage jongeren dat radicaal de opgegeven omstandigheid verwerpt. Nu en dan hard drugs gebruiken vindt bijna 80% volledig onaanvaardbaar.

[2] Wat men precies onder dronkenschap verstaat, werd overgelaten aan de subjectieve interpretatie van de respondent.

Tabel 15: De houding van de jongeren over het gebruik van legale en illegale drugs, uitgedrukt in percentages.

gedrag	volledig aanvaard-baar	aanvaard-baar	enigszins aanvaard-baar	noch noch	enigszins onaan-vaardbaar	onaan-vaardbaar	volledig onaan-vaardbaar
1. regelmatig dronken zijn	5,1	11,3	14,3	13,0	11,5	22,6	22,0
2. nu en dan softdrugs gebruiken	3,8	6,4	8,3	6,4	6,8	21,6	46,6
3. het gebruik van stimulerende of opwekkende middelen (bijv. XTC) tijdens het uitgaan	1,5	0,4	3,4	4,1	4,9	22,2	63,5
4. nu en dan hard drugs gebruiken	1,7	0,4	1,3	0,9	2,1	14,1	79,5

Deze afkeuring vinden we ook terug bij **de beoordeling van het overheidsbeleid voor de gelijke behandeling van soft en hard drugs in de strafwetgeving** (zie tabel 16).

Tabel 16: Het oordeel van jongeren over de mate van strafbaarheid voor hard en soft drugs, uitgedrukt in percentages.

mogelijk antwoord	percentage
1. het gebruik van beide moet verboden blijven en op gelijke wijze bestraft	28,6
2. het gebruik van beide moet verboden blijven maar op verschillende wijze bestraft	41,2
3. enkel het gebruik van hard drugs moet verboden blijven	20,9
4. het gebruik van beide moet toegelaten worden	3,4
5. ik heb hierover geen mening	5,8
totaal	**100**

Ongeveer 7 op 10 jongeren vindt dat het gebruik van soft en/of hard drugs moet verboden blijven, al dan niet gelijk bestraft. Het percentage dat van oordeel is dat enkel het gebruik van hard drugs moet verboden blijven, bedraagt 20%. Slechts 3% is voor een legalisering van zowel soft als hard drugs.

In een verdere analyse **werd de samenhang tussen het gedrag en de scholingsgraad** onderzocht. Het voorkomen van dronkenschap vertoonde geen noemenswaardige verschillen tussen de hoger- en de laaggeschoolden. Eenzelfde tendens stelde men vast bij het gebruik van cannabis en pep. De houding ten aanzien van de legalisering van soft en hard drugs verschilt wel naar opleidingsniveau (zie tabel 17).

Tabel 17: Het percentage jongeren dat de voorgestelde omstandigheden volledig onaanvaardbaar vindt, naar scholingsniveau.

gedrag	hoogst behaalde opleidingsniveau, al dan niet afgemaakt BSO	TSO of ASO	HOBUkort	HOBUlang
1. regelmatig dronken zijn	28,6	21,4	25,4	13,9
2. nu en dan softdrugs gebruiken	58,2	54,7	48,6	27,9
3. het gebruik van stimulerende of opwekkende middelen (bijv. XTC) tijdens het uitgaan	73,6	67,5	60,9	54,9
4. nu en dan hard drugs gebruiken	79,1	81,2	84,8	72,1

De hoogstgeschoolden kiezen minder voor de meest extreme categorie 'volledig onaanvaardbaar' (zie tabel 17). Maar dit wil daarom nog niet zeggen dat de proportie die de situatie aanvaardbaar vindt, veel hoger ligt bij de hoogstgeschoolden dan bij de lagergeschoolden. De onderzoekers besluiten dat de hogergeschoolden genuanceerder zijn, maar daarom nog niet toleranter.

Daarnaast werd **de samenhang onderzocht tussen het bezoek aan de mega-dancing en het gebruik van en de houding tegenover drugs**. De resultaten zijn echter weinig eenduidig. De houding en het gedrag van frequente bezoekers van mega-dancings verschillen niet significant van de rest. Diegenen die zich nog nooit in een mega-dancing hebben laten zien, onderscheiden zich helemaal niet op basis van hun houding. Zij keuren ook in het algemeen het gebruik van (il)legale drugs af en hebben zo hun bedenkingen over het legaliseren van soft en hard drugs. Zij verschillen wel van de rest voor het gebruik. Bij deze jongeren heeft 85,5% nog nooit cannabis gebruikt, terwijl het gemiddelde percentage bijna 80% is. 96,5% van de jongeren die geen favorieten zijn van mega-dancings, heeft nooit pepmiddelen gebruikt. Ook dit percentage ligt boven het gemiddelde. De groep die zegt nooit dronken geweest te zijn het voorbije jaar is ook groter bij de jongeren zonder mega-dancing ervaring (bijna 52%). Voor de totale groep was dat 42,5%.

2.1.4. Onderzoek naar de geestelijke gezondheid van jongeren uit het secundair onderwijs in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

Bron: Onderzoek naar de geestelijke gezondheid van jongeren uit het secundair onderwijs in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.
Auteurs: Prof. M. De Clercq en A. Vranckx (Overlegplatform voor Geestelijke Gezondheid voor Brussel-Hoofdstad) en dokter F. Navarro en prof. D. Piette (Université Libre de Bruxelles), in opdracht van de ministers J. Chabert en H. Hasquin.
Jaar onderzoek: 1994
Jaar publicatie: 1996

1. Doelstelling.

De geestelijke gezondheid en de beleving van adolescenten is een thema dat tot nu toe in België weinig werd bestudeerd. Ook beschikt België niet over representatieve gegevens over het illegaal druggebruik bij schoolgaande jongeren. Om meer inzicht te verwerven in de problemen en de behoeften van schoolgaande jongeren op bovenstaande terreinen, onstond er op vraag van het Overlegplatform voor Geestelijke Gezondheid een samenwerkingsverband met 'l'Ecole de Santé Publique de l'Université Libre de Bruxelles, Unité de Promotion et d'Education pour la Santé (PROMES)'.

Het onderzoek naar 'De geestelijke gezondheid van jongeren uit het secundair onderwijs in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest' werd uitgewerkt op basis van het internationaal onderzoeksprotocol 'Health Behaviour in School-aged Children' (HBSC) onder toeziend oog van het Europees Bureau van de Wereldgezondheidsorganisatie. Door middel van deze onderzoeken streeft men naar een beter inzicht in het gezondheidsgedrag en de leefwijze van jongeren en tracht men een gegevensbank uit te bouwen die zal helpen om de gezondheid van adolescenten te bevorderen.

2. Methode.

De enquête werd voorafgegaan door een test in december 1993. De enquête zelf vond plaats op het einde van het tweede en in het begin van het derde trimester van het schooljaar 1993-1994. De leerlingen zelf vulden de schriftelijke vragenlijst in. Er werden gegevens verzameld over de socio-demografische situatie, de subjectieve gezondheidstoestand van de jongeren, hun leefwijze, de mate van geïntegreerdheid in de school, in het gezin en op sociaal vlak, alsook over aspecten van gezondheidsgedrag en illegaal druggebruik. Daarnaast peilde de vragenlijst naar het gebruik van hulpverleningssystemen.

De onderzoekspopulatie is samengesteld uit jongeren uit het gesubsidieerd Nederlandstalig en Franstalig secundair onderwijs met volledig leerplan in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. De methode waaarop de steekproef werd

getrokken, laat toe dat de resultaten representatief zijn voor de schoolgaande jongeren tussen de 12 en de 18 jaar in het Brusselse, waarbij de verschillende onderwijsnetten en -vormen[3] zijn vertegenwoordigd. In het totaal werkten 20 scholen mee aan de enquête: 17 Franstalige en 3 Nederlandstalige. De steekproef telt 2.209 leerlingen, waarvan 1.857 (84,1%) uit het Franstalig onderwijs en 352 (15,9%) uit het Nederlandstalig onderwijs. De steekproef bevat meer meisjes (57%) dan jongens (43%). 60% van de leerlingen is Belg, 21% komt uit de Maghreb (Marokko, Algerije, Tunesië en Turkije), terwijl 12% uit andere Europese landen komt. De resterende 7% zijn leerlingen komende uit andere niet-Europese landen.

3. Resultaten: het illegaal druggebruik.

Bijna 1 op 4 van de schoolgaande jongeren uit de steekproef heeft minstens éénmaal in zijn of haar leven (een) illegale drug(s) gebruikt. In de enquête maakt men onderscheid tussen "probeerders" en "gebruikers". Zij die illegale drugs gebruikten in het jaar voor de enquête, behoren tot de "probeerders" en zij die in de maand voor de enquête drugs gebruikten zijn de "gebruikers". Respectievelijk is dat 18% en 12% van de leerlingen.

Tabel 18: De prevalentie van het proberen en gebruiken van illegale drugs naar geslacht en leeftijd, uitgedrukt in percentages.

prevalentie	< 14 jaar		15-16 jaar		17-18 jaar		19 jaar en +		totaal	
	J	M	J	M	J	M	J	M	J	M
proberen	12,1 **	4,9	28,1 **	17,5	34,3 ns	26,9	51,2 ***	27,7	29,3 ***	18,4
gebruiken in de laatste maand	4,2 ns	3,1	16,7 ***	5,9	20,7 ns	14,5	29,4 ***	10,1	16,5 ***	8,3

Test Chi-kwadraat: ns = niet significant, p < 0,05 = *, p < 0,01 = **, p <0,001 = ***

Uit tabel 18 blijkt dat ongeveer 1 op 3 jongens en bijna 1 op 5 meisjes minstens éénmaal drugs hebben gebruikt in het jaar voor de enquête. 8% meisjes en dubbel zoveel jongens hebben in de maand voor de enquête drugs gebruikt. Splitst men op naar leeftijd dan is het percentage jongeren dat probeert of gebruikt in de groep vanaf 17 jaar zelfs hoger dan gemiddeld.

De geslachtsverschillen zijn zowel in het geval van het proberen en gebruiken significant[4]. Opgesplitst naar leeftijd wordt het significantieniveau enkel nog

[3] In België bestaan er drie onderwijsnetten: vrij onderwijs, gemeenschapsonderwijs, provinciaal/ gemeentelijk onderwijs. Elk onderwijsnet bestaat uit drie onderwijsvormen: algemeen, technisch en beroeps.

[4] Een resultaat is significant wanneer het niet op toeval berust is. Bij hypothesetoetsing probeert men te bewijzen dat een bepaald onderzoeksresultaat niet op toeval berust, maar dat er "werkelijk iets aan de hand is". De veronderstelling dat alleen het toeval een rol speelt, wordt verwoord in de nulhypothese. In dit geval zou de nulhypothese luiden: het gebruik van illegale drugs is bij jongens en meisjes hetzelfde. Wijkt het verkregen resultaat hiervan af dan zegt men dat men een significant resultaat gevonden heeft. (Bron: A. Slotboom. Statistiek in woorden. Een gebruiksvriendelijke beschrijving van de meest voorkomende termen en technieken. Wolters-Noordhoff, Groningen, 1996).

behouden in de groep van boven de 18 jaar en in het geval van het gebruiken in de leeftijdsgroep van 15 tot 16 jaar en in de oudste leeftijdsgroep. In de andere gevallen verzwakt of verdwijnt het significantieniveau. Naarmate de leeftijd toeneemt, stijgt het aantal jongens en meisjes dat probeert en gebruikt.

De meest gebruikte producten zijn cannabis, gevolgd door XTC, geneesmiddelen en LSD. 19% van de jongeren 'probeert' cannabis, terwijl dit 11% is voor de 'gebruikers'. 6% van de jongeren heeft XTC geprobeerd en 2% heeft dit product in de maand voor de enquête gebruikt.

Tabellen 19 en 20 laten zien dat het percentage gebruik en proberen van drugs hoger ligt bij jongens dan bij meisjes en dit voor alle producten. Enkel het percentage meisjes van 15 tot 16 jaar dat barbituraten uitprobeert, ligt iets hoger dan het percentage jongens uit dezelfde leeftijdsgroep. Voor de meeste producten geldt ook dat deze meer geconsumeerd worden door jongens van 15 tot 16 jaar, indien men de oudste leeftijdsgroep buiten beschouwing laat vanwege haar kleine absolute aantallen.

Tabel 19: Het aandeel jongeren dat *in het jaar voor de enquête* drugs heeft gebruikt: het soort drug naar leeftijd en geslacht, uitgedrukt in percentages.

soort drug	**< 14 jaar**		**15-16 jaar**		**17-18 jaar**		**19 jaar en +**		**totaal**
	J	**M**	**J**	**M**	**J**	**M**	**J**	**M**	
cannabis	9,0	3,5	22,1	12,6	31,4	23,3	47,6	22,6	**19,0**
solventen	2,8	0,7	6,2	2,7	5,5	2,1	6,4	3,2	**3,0**
hard drugs	1,9	0,7	6,1	2,1	5,5	4,5	9,6	0,6	**3,6**
XTC	1,9	1,1	9,9	2,1	8,0	5,7	18,4	5,1	**6,0**
amfetamines	1,9	0,3	5,4	1,9	3,4	3,0	11,2	1,3	**3,0**
LSD	0,9	0,4	5,0	1,9	6,8	3,6	15,9	1,9	**4,0**
barbituraten	2,8	1,1	5,8	6,4	4,7	8,2	9,7	5,7	**5,4**

Tabel 20: Het aandeel jongeren dat *in de maand voor de enquête* drugs heeft gebruikt: het soort drug naar leeftijd en geslacht, uitgedrukt in percentages.

soort drug	**< 14 jaar**		**15-16 jaar**		**17-18 jaar**		**19 jaar en +**		**totaal**
	J	**M**	**J**	**M**	**J**	**M**	**J**	**M**	
cannabis	3,9	3,1	15,1	5,5	18,6	12,9	27,2	10,1	**11,0**
solventen	-	-	3,7	0,8	2,6	0,6	1,6	-	**1,0**
hard drugs	0,9	-	2,5	0,8	1,7	0,9	3,2	-	**1,1**
XTC	-	-	3,3	0,8	3,0	1,5	9,0	0,6	**2,0**
amfetamines	-	-	2,1	0,5	0,9	0,9	4,9	-	**1,0**
LSD	0,5	-	2,1	0,5	1,3	1,2	5,7	-	**1,0**
barbituraten	-	0,4	2,5	1,4	2,2	2,8	3,3	1,3	**2,0**

2.2. Lokaal niveau.

2.2.1. Gezondheidsenquête Antwerpen.

Bron: Gezondheidsenquête provincie Antwerpen 1995-1996. Basisresultaten. In de reeks *Gezondheidsenquête Antwerpen*, nr. 1.
Auteurs: Provinciaal Instituut voor Hygiëne (Antwerpen).
Jaar onderzoek: 1995
Jaar publicatie: 1996

1. Doelstelling.

Volgens de onderzoekers van dit rapport s een gezondheidsenquête bedoeld om een zo volledig mogelijk overzicht te krijgen van de gezondheidstoestand, medische consumptie, leefstijl en preventief gedrag van de globale bevolking. Het onderzoek koppelt de gegevens op het niveau van het individiu aan achtergrondgegevens zoals leeftijd, geslacht, burgerlijke stand, opleiding, beroep, inkomen,... Om trends op te sporen en de invloed van bepaalde programma's of beleidsmaatregelen na te gaan, is het noodzakelijk dit onderzoek op regelmatige tijdstippen te herhalen. Deze 'Gezondheidsenquête provincie Antwerpen 1995-1996' wil deze functie vervullen in het toekomstig provinciale en gemeentelijke gezondheidsbeleid. Deze geïntegreerde benadering heeft als voordeel dat de onderlinge samenhang van al deze (gezondheids)aspecten aan de hand van één databestand kunen bestudeerd worden. Bovendien wint dit onderzoek, in tegenstelling tot wat er via allerlei medische en epidemiologische registratiesystemen wordt verzameld, heel wat informatie in over de grote meerderheid nog gezonde mensen die zeer weinig of helemaal geen nood hebben aan medische bijstand.

2. Methode.

Het onderzoek vond plaats bij een toevallige steekproef van 3.000 woonadressen (gezinnen) rekening houdend met de werkelijke verhoudingen over de 3 arrondissementen en vervolgens proportioneel verdeeld over de 69 gemeenten. De stad Antwerpen werd niet bij de meting betrokken. De steekproef werd getrokken via het Rijksregister uit het totale bestand van 417.938 adressen op 1 maart 1995. Adressen van inrichingen, tehuizen en ziekenhuizen werden niet opgenomen. Het verzamelen van de gegevens vond plaats tussen 1 augustus 1995 en 31 januari 1996. Het was de bedoeling op elk steekproefadres alle bewoners (van het huishouden) te ondervragen. De totale respons op 3.000 woonadressen bedroeg 64%, wat overeenkomt met 1.920 huishoudens of 5.038 personen. De respons-groep verdeeld naar leeftijd en geslacht komt bovendien zeer goed overeen met de demografische bevolkingsstructuur van de provincie Antwerpen op 1 januari 1995, wat de representativiteit garandeert.

3. Resultaten: medische consumptie.

Medische consumptie wordt opgesplitst in contacten met de huisarts, specialist en tandarts, het verblijf in het ziekenhuis en gebruik van voorgeschreven en niet-voorgeschreven medicijnen.

3.1. Huisarts-, specialist-, tandartsbezoek en hospitalisatie.

Tabel 21: De medische consumptie van personen (N) voor de laatste 14 dagen, laatste 2 maanden en het afgelopen jaar, uitgedrukt in absolute aantallen en percentages.

medische consumptie	laatste 14 dagen		laatste 2 maanden		afgelopen jaar	
	N	%	N	%	N	%
huisartsconsultaties	-	-	2.066	41,9	3.340	66,4
specialistenconsultaties	-	-	757	15,4	1.839	36,6
voorgeschreven medicatie	1.889	37,5	-	-	-	-
niet-voorgeschreven medicatie	1.068	21,2	-	-	-	-
tandartsconsultaties	-	-	816	16,2	2.538	46,7
hospitalisatie	-	-	-	-	534	10,6

Het percentage ondervraagden dat 'de afgelopen 2 maanden' tenminste 1 keer een huisarts, specialist of tandarts geconsulteerd heeft, komt op respectievelijk 41,9%, 15,4% en 16,2% (zie tabel 21). Tijdens het afgelopen jaar lopen deze percentages op tot 66,4%, 36,6% en 46,7%.

Tabel 22: De consultaties bij de huisarts en de specialist naar leeftijd, uitgedrukt in percentages[5].

leeftijd	consult huisarts (afgelop 2 mnd)	consult huisarts (afgelop 12 mnd)	consult specialist (afgelop 2 mnd)	consult specialist (afgelop 12 mnd)	consult tandarts (afgelop 2 mnd)	consult tandarts (afgelop 12 mnd)	hospitali-satie (afgelop 12 mnd)
0-14 jaar	37,3	54,6	16,1	36,9	20,7	46,3	8,7
15-24 jaar	33,4	64,8	10,8	30,3	19,9	53,1	8,7
25-44 jaar	35,8	66,5	14,7	36,1	16,9	51,4	9,6
45-64 jaar	44,9	69	16,3	37,3	14,6	44,9	10,3
65-74 jaar	55,9	73	18,2	41,2	8,3	30,1	16,1
>=75 jaar	64,1	77,5	20,6	44,6	4,8	27,6	19,7

Huisarts- en tandartsbezoek stijgt met de leeftijd, maar daalt naarmate de opleiding of het inkomen stijgt (zie tabellen 22 en 23). Bij de specialisten is dit heel wat minder uitgesproken. Bijna 11% van de respondenten heeft het afgelopen jaar minstens één nacht in het ziekenhuis doorgebracht. De hospitalisatie stijgt met de leeftijd en daalt enigszins met een hogere opleiding of stijgend inkomen. Ook meer vrouwen dan mannen leggen een huisarts- of specialistenbezoek af (zie tabel 9). Het zijn ook eerder de weduw(e)naars die een bezoek brengen aan de huisarts en de specialist (zie tabel 23).

[5] Gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht en gezondheidsaanvoelen

Tabel 23: De consultaties bij de huisarts en de specialist naar opleidingsniveau, geslacht en burgerlijke staat, uitgedrukt in percentages[6].

opleiding	**consult huisarts (afgelop 2 mnd)**	**consult huisarts (afgelop 12 mnd)**	**consult specialist (afgelop 2 mnd)**	**consult specialist (afgelop 12 mnd)**	**consult tandarts (afgelop 2 mnd)**	**consult tandarts (afgelop 12 mnd)**	**hospitali-satie (afgelop 12 mnd)**
lager onderwijs	57,4	79,9	17	39,9	8,4	35,2	15,3
lager secundair onderwijs	43,5	73,5	13,5	35,1	14,7	48,6	11,3
hoger secundair onderwijs	38,7	71,8	15,4	35,9	18,5	52,5	10
niet-univ hoger onderwijs	37,2	71,5	17,9	40,7	19,5	55	7,6
universitair onderwijs	32,3	69,3	15,3	36,5	18,1	58,8	9,5
geslacht							
man	38,3	64,7	12,9	33,1	15,6	46,3	10,1
vrouw	45,1	68,5	18,1	40,2	16,9	47,4	11,1
burgerlijke staat							
gehuwd	43,6	71,8	16,1	37,5	14,6	46,7	11,1
gescheiden	40,8	69,5	13,6	35,9	14,5	42,1	10,5
weduw(e)-naar	70,3	84,1	19	41,8	7,4	23,3	17,2
nooit gehuwd	35,1	55,7	14,1	34,9	20,3	51,1	8,9

3.2. Voorgeschreven en niet-voorgeschreven medicijnen.

37,5% heeft 'de afgelopen 14 dagen' voorgeschreven medicijnen gebruikt en 21% niet-voorgeschreven medicijnen. De jongste leeftijdscategorie consumeert iets meer voorgeschreven medicijnen dan de 15- tot 24-jarigen om van dan af te stijgen met de leeftijd tot 44 jaar. Verder daalt het gebruik met een hogere opleiding of een stijgend inkomen (zie tabel 24). Met niet-voorgeschreven medicijnen gebeurt in feite het omgekeerde: het gebruik daalt met de leeftijd en stijgt met een hogere opleiding of een hoger inkomen. Meer vrouwen dan mannen gebruiken zowel voorgeschreven als niet-voorgeschreven medicijnen. Meer weduw(e)naars gebruiken voorgeschreven medicijnen. Gescheiden personen gebruiken meer niet-voorgeschreven medicijnen.

[6] Gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht en gezondheidsaanvoelen

Tabel 24: Voorgeschreven medicijnen en niet-voorgeschreven medicijnen naar inkomensniveau, geslacht en burgerlijke staat, uitgedrukt in percentages[7].

inkomen	consumptie van voorgeschreven medicijnen (afgelopen 14 dagen)	consumptie van niet-voorgeschreven medicijnen (afgelopen 14 dagen)
< 30.000	69,7	14,6
30.000-39.999	64	13,8
40.000-49.999	48,1	16,2
50.000-69.999	41,1	22
70.000-99.999	35	23,6
> 99.999	29,2	21,6
geslacht		
man	34	18,5
vrouw	41,2	23,9
burgerlijke staat		
gehuwd	41,6	21,9
gescheiden	35,8	28,9
weduw(e)-naar	74,4	15,5
nooit gehuwd	26	20,5

[7] Gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht en gezondheidsaanvoelen

2.2.2. Enquête actie verslavingspreventie.

Bron: Enquête actie verslavingspreventie.
***Auteurs*:** H. Delanoy (directeur Vrij PMS-Centrum Zottegem, coördinatie werkgroep 'Verslavingspreventie') en A. Van Caenegem (hoofdinspecteur 1ste Klasse, politie Zottegem).
Jaar onderzoek: 1995
Jaar publicatie: 1996

1. Doelstelling.

Omdat er in het algemeen weinig gegevens voorhanden waren over het aantal druggebruikers in Herzele, Oosterzele en Zottegem werd op vraag van de Zottegemse politiecommissaris de netoverschrijdende werkgroep 'Verslavingspreventie' opgericht in 1995. Deze werkgroep bestond uit alle secundaire scholen van de hier vernoemde gemeenten, hun begeleidende centra (PMS en MST), de Zottegemse politie en rijkswacht. Het resultaat hiervan was een gemeenschappelijke verklaring over druggebruik van de scholen en een enquête over middelengebruik bij de leerlingen van het secundair onderwijs. De resultaten van deze enquête moeten helpen bij het preventiegericht werken.

2. Methode.

De bestaande vragenlijst werd vooraf in de werkgroep meermaals besproken, aangepast en aangevuld. De vragenlijst peilde naar de vrijetijdsbesteding, het zakgeld, het tabaks- en alcoholgebruik, medicatie- en druggebruik van leerlingen uit het secundair onderwijs. In het totaal werden er 3.309 geldige formulieren opgehaald. Ongeveer de helft (1.650) van deze formulieren werden ingevuld door jongens, de andere helft door meisjes (1.659).

3. Resultaten.

3.1. Alcoholgebruik [8].
Naarmate de leeftijd toeneemt, neemt ook het aandeel jongens en meisjes toe dat alcohol drinkt. In de eerste graad schommelen deze percentages bij de meisjes rond de 20% en bij de jongens rond de 30%. In de tweede graad drinkt ongeveer 1 op 2 meisjes alcoholische dranken. Voor de jongens is dat bijna 60%. Vanaf de derde graad echter worden de geslachtsverschillen kleiner: 77% meisjes en 82% jongens drinken alcohol.

---

[8] In de vragenlijst werd geen duidelijke vermelding gemaakt van de referentieperiode (afgelopen week, dagelijks, afgelopen maand,...). De leerlingen konden kiezen tussen de volgende uitspraken: "Ik drink geen alcohol en heb dit vroeger nooit gedaan." of "Ik heb vroeger alcohol gedronken, maar nu ben ik gestopt." of "Ik drink alcohol." Bij het deel alcoholgebruik worden enkel deze leerlingen die momenteel drinken in rekening gebracht.

De meeste leerlingen van de eerste graad drinken thuis (m[9]: 37,7% en j: 52,3%). Het thuis drinken hangt voornamelijk samen met het drinken in familieverband. In de eerste graad is dit 40,2% bij de meisjes en 48,7% bij de jongens. Op de tweede plaats komen café, disco en andere verenigingen (m: 30,2% en j: 24,2%). Ook familiefeesten scoren hoog (m: 23,6% en j: 16,3%). Het merendeel van de tweede (67,3%) en derde graad (86,4%) echter verkiest de cafées, disco's en verenigingen boven thuis drinken. Het drinken in de tweede (60,8%) en derde graad (79%) gebeurt voornamelijk met vrienden of vriendinnen.

De meeste jongeren drinken voornamelijk bier, ongeacht in welke graad men zit (zie tabel 25). Het percentage meisjes dat bier drinkt, ligt wel overal lager dan bij de jongens. Omgekeerd geven meer meisjes dan jongens de voorkeur aan aperitef. Jongens verkiezen op de tweede plaats eerder wijn.

Tabel 25: Het soort drank naar geslacht en leeftijd, uitgedrukt in absolute aantallen en percentages.

soort drank	meisjes 1ste gr		jongens 1ste gr		meisjes 2de gr		jongens 2de gr		meisjes 2de gr		jongens 2de gr	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
bier	50	47,6	78	51	173	63,4	240	79	254	66,7	358	89,1
wijn	18	17,1	34	22,2	30	11	34	11,2	34	8,9	13	3,2
aperitief	32	30,5	32	20,9	40	14,6	17	5,6	32	8,4	9	2,2
sterke dranken	2	1,9	5	3,3	6	2,2	10	3,3	17	4,5	13	3,2
coctails	3	2,9	4	2,6	24	8,8	3	1	44	11,6	9	2,2
totaal	**105**	**100**	**153**	**100**	**273**	**100**	**304**	**100**	**381**	**100**	**402**	**100**

Behalve dat er geslachtsverschillen zijn naar het soort drank, zijn er ook verschillen in de hoeveelheid glazen die men drinkt. Meisjes drinken gemiddeld minder glazen per week dan jongens. Het percentage meisjes dat meer dan 16 glazen per week drinkt (0,8%), ligt lager dan bij de jongens (5,9%). Meisjes zijn dus ook veel minder dronken.

Tabel 26: De leeftijd wanneer men voor het eerst alcohol dronk, naar geslacht en leeftijd, uitgedrukt in absolute aantallen en percentages.

leeftijd	meisjes 1ste gr		jongens 1ste gr		meisjes 2de gr		jongens 2de gr		meisjes 2de gr		jongens 2de gr	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
< 10 jaar	24	19	64	37,2	31	11,5	69	21,4	27	6,8	63	14,5
10-12 jaar	91	72,2	91	52,9	121	45	158	48,9	125	31,5	140	32,3
13-15 jaar	11	8,7	17	9,9	113	42	89	27,6	205	51,6	193	44,6
> 15 jaar	0	0	0	0	4	1,5	7	2,2	40	10,1	37	8,5
totaal	**126**	**100**	**172**	**100**	**269**	**100**	**323**	**100**	**397**	**100**	**433**	**100**

Jongens hebben over het algemeen ook op jongere leeftijd dan de meisjes voor het eerst kennisgemaakt met alcohol (zie tabel 26). We mogen hieruit echter niet besluiten dat jongeren steeds vroeger met het gebruik van alcohol kennismaken.

[9] 'm' en 'j' verwijzen respectievelijk naar 'meisjes' en 'jongens'.

Om deze conclusies te kunnen trekken heeft men een onderzoek over de tijd nodig, wat hier niet het geval is.

3.2. Geneesmiddelen:

Het tweede luik van de enquête handelde over het geneesmiddelengebruik. Hoe gaan leerlingen zelf om met medicijnen? Iets meer dan 1 op 3 meisjes en bijna 1 op 2 jongens neemt nooit **vitaminen** in. Het percentage jongeren dat nooit vitaminen slikt, neemt zelfs toe met de leeftijd (zie tabel 27). De dagelijkse en wekelijkse inname ligt vooral het hoogst aan het begin van het secundair onderwijs. Tijdens de examenperiode daarentegen, worden vitaminen vooral geslikt door de oudste meisjes (43,9%).

Tabel 27: Het geneesmiddelengebruik bij jongens en meisjes voor de verschillende graden, uitgedrukt in absolute aantallen en percentages.

	meisjes 1ste gr		jongens 1ste gr		meisjes 2de gr		jongens 2de gr		meisjes 3de gr		jongens 3de gr	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
vitaminen												
dagelijks	116	20	114	19,9	77	13,6	96	16,8	53	10,7	64	12,6
wekelijks	108	18,6	101	17,6	47	8,3	64	11,2	21	4,2	35	6,9
examenperiode	142	24,5	97	16,9	218	38,5	133	23,3	218	43,9	136	26,8
nooit	214	36,9	261	45,6	224	39,6	277	48,6	205	41,3	272	53,7
totaal	**580**	**100**	**573**	**100**	**566**	**100**	**570**	**100**	**497**	**100**	**507**	**100**
pijnstillers												
dagelijks	5	0,9	7	1,2	1	0,2	3	0,5	0	0	1	0,2
wekelijks	89	15,3	42	7,3	81	14,3	35	6,1	81	16,3	41	8,1
examenperiode	93	16	30	5,2	49	8,7	31	5,4	42	8,5	21	4,1
nooit	393	67,8	474	86,2	435	76,9	501	87,9	374	75,3	444	87,6
totaal	**580**	**100**	**573**	**100**	**566**	**100**	**570**	**100**	**497**	**100**	**507**	**100**
stimulerende middelen												
dagelijks	2	0,3	2	0,4	2	0,4	0	0	1	0,2	3	0,6
wekelijks	2	0,3	5	0,9	1	0,2	4	0,7	4	0,8	14	2,8
examenperiode	23	4	15	2,6	19	3,4	23	4	19	3,8	23	4,5
nooit	553	95,3	551	96,2	544	96,1	543	95,3	473	95,2	467	92,1
totaal	**580**	**100**	**573**	**100**	**566**	**100**	**570**	**100**	**497**	**100**	**507**	**100**
kalmerende middelen												
dagelijks	2	0,3	7	1,2	1	0,2	6	1,1	0	0	3	0,6
wekelijks	4	0,7	6	1,1	6	1,1	2	0,4	6	1,2	4	0,8
examenperiode	34	5,7	17	3	51	9	34	6	50	10,1	28	5,5
nooit	540	93,1	543	94,8	508	89,8	528	92,6	441	88,7	472	93,1
totaal	**580**	**100**	**573**	**100**	**566**	**100**	**570**	**100**	**497**	**100**	**507**	**100**

Bijna 70% van de meisjes uit de eerste graad neemt nooit **pijnstillers** in. Dit percentage stijgt tot 77% in de tweede graad en blijft verder stabiel. Het percentage jongens dat nooit pijnstillers neemt, is in elke graad zo'n 10 tot 15% hoger dan bij de meisjes. Het dagelijks gebruik van pijnstillers is te verwaarlozen. De wekelijkse inname bij de meisjes schommelt eerder rond de 15% en bij de jongens is dat de helft! Tijdens de examenperiode zijn het vooral de meisjes uit de eerste graad die

pijnstillers nodig hebben (16%). Een mogelijke verklaring volgens de auteurs is de grotere bezorgdheid van de meisjes om hun studieresultaten. Het feit dat ze een grotere perfectionistische houding aan de dag leggen of dat ze meer in paniek zouden zijn dan jongens, zorgt ervoor dat ze last hebben van psychomatische klachten zoals hoofdpijn. Een andere oorzaak waarom meer meisjes in sommige perioden pijnstillers nemen dan jongens, zijn de pijnlijke menstruaties.

Om en bij de 95% van de jongeren zegt nooit **stimulerende of kalmerende middelen** te gebruiken. De dagelijkse en wekelijkse inname is bij de twee producten voor zowel meisjes als jongens laag. Ondanks de kleine aantallen blijkt toch dat tijdens de examenperiode een dubbel aantal meisjes naar kalmeringsmiddelen grijpt dan jongens! Hun aantal stijgt bovendien met de leeftijd. Bij de jongens blijft dit aantal stabiel vanaf de tweede graad (6%). De auteurs vragen zich af of meisjes meer onderhevig zijn aan stress- en/of omgevingsfactoren dan jongens.

3.3. Het gebruik van illegale drugs.

Ongeveer 93% van de leerlingen uit het secundair onderwijs heeft nooit drugs gebruikt. De overige 7% (n=224) gebruikt momenteel of heeft drugs gebruikt. 41,5% hiervan zijn gestopt (zie tabel 28). Het aantal stoppers neemt toe met de leeftijd. In het totaal is 46,7% van de vrouwelijke gebruikers (n=75) gestopt. De overige 53,3% zijn meisjes die nu nog steeds gebruiken. Bij de 149 jongens zijn er 58 (38,9%) gestopt. De jongens maken tevens de grootste groep (66,5%) uit van alle 224 leerlingen die gebruiken of die ermee gestopt zijn. Uit de resultaten blijkt dat net zoals bij alcohol jongens vroeger met drugs kennismaken dan meisjes. Ten aanzien van het totaal aantal jongens (N=1.635) gebruikt 9,1% illegale drugs of is ermee gestopt. Van het totaal aantal meisjes (N=1.653) schommelt dit percentage rond de 5%.

Tabel 28: Het druggebruik bij jongens en meisjes voor de verschillende graden, uitgedrukt in absolute aantallen en percentages.

druggebruik	**meisjes 1ste gr**		**jongens 1ste gr**		**meisjes 2de gr**		**jongens 2de gr**		**meisjes 3de gr**		**jongens 3de gr**	
	N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
nooit drugs gebruikt	571	99,1	553	97	545	94,5	517	92	462	92,4	416	82,7
gestopt met drugs	3	0,5	9	1,6	13	2,3	22	3,9	19	3,8	27	5,4
ik gebruik drugs	2	0,4	8	1,4	19	3,3	23	4,1	19	3,8	60	11,9
totaal	**576**	**100**	**570**	**100**	**577**	**100**	**562**	**100**	**500**	**100**	**503**	**100**

Splitst men het aantal (ex-)gebruikers en niet-gebruikers op naar graden, dan bekomt men in de eerste graad kleine aantallen, waarbij jongens (n=8 of 1,4%) meer gebruiken dan meisjes (n=2 of 0,4%). In de tweede graad is er een toename van het gebruik, waarbij de geslachtsverschillen verkleinen: 3,3% meisjes (n=19) en 4,1% jongens (n=23). In de derde graad gebruikt iets meer dan 1 jongen op 10 (n=60) illegale drugs. Bij de meisjes blijft dit aantal op 3,8% (n=19). Ongeveer 60%

(n=48) van de meisjes en 40,7% (n=37) van de jongens die gebruikt, experimenteert[10].

In de vragenlijst werd er ook gepeild naar de manieren waarop men aan drugs kan geraken. Bijna 1 op 3 gebruikers krijgt drugs via vrienden. Ongeveer 1 op 5 komt aan drugs bij toevallige gelegenheden en de overige 20% koopt drugs op een vast adres of bij een vaste verkoper. Ongeveer 1 op 4 gebruikers stelt zich weinig vragen naar de bron of aard van het product wanneer men drugs krijgt aangeboden. Bijna 1 op 3 gebruikers is eerder voorzichtig, terwijl zo'n 44% van de gebruikers het wel eens wil proberen wanneer men drugs krijgt aangeboden.

Druggebruik gebeurt bovendien zelden alleen, maar eerder met één of meerdere vriend(inn)en op fuifjes bij vrienden of op café, jeugdclub of discotheek. De gemiddelde leeftijd waarop men voor het eerst begon met drugs, schommelt in de eerste graad rond de 11 jaar (n=20), in de tweede graad is dat 13,9 jaar (n=70) en in de derde graad 15,4 jaar (n=119). Op de vraag welke producten men gebruikt, antwoordde men als volgt (zie tabel 29):

Tabel 29: Het soort product naar geslacht en leeftijd, uitgedrukt in absolute aantallen en percentages.

soort drug	meisjes 1ste gr		jongens 1ste gr		meisjes 2de gr		jongens 2de gr		meisjes 3de gr		jongens 3de gr	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
hasj	1	20	5	21,7	13	28,3	27	30	20	31,3	48	28,7
marihuana	1	20	8	34,8	15	32,6	25	27,8	24	37,5	50	29,9
LSD	1	20	0	0	3	6,5	8	8,9	5	7,8	17	10,2
XTC	0	0	4	17,4	7	15,2	12	13,3	4	6,3	26	15,6
heroïne	0	0	2	8,7	1	2,2	1	1,1	0	0	6	3,6
cocaïne	1	20	2	8,7	2	4,4	6	6,7	0	0	6	3,6
andere	1	20	2	8,7	5	10,9	11	12,2	11	17,2	14	8,4
totaal	**5**	**100**	**23**	**100**	**46**	**100**	**90**	**100**	**64**	**100**	**167**	**100**

De meest gebruikte producten in elke graad zijn marihuana en hasj. Meer dan de helft van de gebruikers in de tweede en derde graad geeft de voorkeur aan deze drugs. Na marihuana en hasj zijn XTC en LSD vrij populair.

Aan alle leerlingen die ooit drugs kregen aangeboden, werd de vraag gesteld door wie de drugs werden gepresenteerd. De meeste leerlingen in de eerste graad (40,8%) zeiden dat het om onbekenden ging. In de tweede (77,4%) en derde graad (72,5%) werden ze aangeboden door één bepaalde of meerdere vriend(inn)en.

Ongeveer 97% van de leerlingen is zich ervan bewust dat er gevaren verbonden zijn aan drugs. Bij diegenen die zich hiervan niet bewust zijn, gaat het meestal om

---

[10] Onder 'experimenteren' verstaat men 'eens, om ze uit te proberen'. Het 'gebruiken' slaat eerder op 'af en toe gebruik ik' of 'tenminste éénmaal om de 14 dagen' of 'weekend, soms in de week'.

jongens. Bijna iedereen relateert druggebruik aan het gevaar op verslaving, overdosis, lichamelijke aftakeling en financiële problemen.

2.2.3. Onderzoek naar het uitgaansgedrag bij jongeren in de stad Aalst.

Bron: Onderzoek naar het uitgaansgedrag bij jongeren in de stad Aalst.
Auteurs: L. Beaucourt (Diensthoofd spoedgevallendienst Universitair Ziekenhuis Antwerpen) en P. Van Aken (Verpleegkundig afdelingshoofd Universitair Ziekenhuis Antwerpen)
Jaar onderzoek: 1995
Jaar publicatie: 1996

1. Doelstelling.

In 1995 startte de Jeugddienst van de Stad Aalst een campagne gericht op alle jongeren om hen bewust te maken van een verantwoord uitgaansgedrag. Uit een bevraging van de Aalsterse jeugd bleek dat naast kansarmoede, de jongeren zeer sterk begaan waren met de veiligheid in de meest ruime zin van het woord. Het Jeugdwerkbeleidsplan 1995 besteedde hieraan aandacht. Drugs, alcohol, gezondheid en verkeer vormden de hotitems in voornoemd plan. Door aspecten van uitgaansgedrag te objectiveren met een studie zouden de medewerkers van alle betrokken bestuursorganisaties beschikken over een stand van zaken over het uitgaan van Aalsterse jongeren. Bovendien zou een dergelijke studie meer inzicht verschaffen en de nodige acties en hun effecten kunnen bijsturen.

2. Methodiek.

De volledige secundaire schoolpopulatie van Aalst werd bevraagd aan de hand van een schriftelijke vragenlijst. De minimumleeftijd voor deelname was 12 jaar. De leerlingen zelf vulden de vragenlijst in. Deze handelde over het gebruik van genotmiddelen, het profiel van ontspanning en uitgaan, opinievragen over weekendongevallen en hun remedies en tenslotte achtergrondskenmerken. In het totaal werden er 7.888 geldige formulieren opgehaald. 49,4% van de ondervraagden waren jongens en 50,6% meisjes.

3. Resultaten.

3.1. Het gebruik van geneesmiddelen bij de Aalsterse jongeren.
Ongeveer 1 op 8 jongeren neemt momenteel medicijnen in. 11,9% neemt meer dan 1 geneesmiddel in. Van de groep die medicatie gebruikt, worden het meest pijnstillers (72,8%) ingenomen, daarna volgen stimulantia (10,3%), kalmeermiddelen (9,2%), hongerstillers (4,4%) en slaapmiddelen (3,3%). Drie keer meer **meisjes** (18,2%) dan **jongens** (6,9%) gebruiken medicatie. Naar **leeftijd** zijn het vooral de jongeren van 14 tot 15 jaar (15,2%) en deze van 16 tot 17 jaar (13,0%) die medicatie innemen (zie tabel 30).

Meisjes nemen niet alleen meer geneesmiddelen in dan jongens, maar zij verschillen ook in het soort geneesmiddel dat zij gebruiken. 8 op 10 meisjes maken

gebruik van pijnstillers tegenover 1 op 2 jongens. Jongens (15,8%) daarentegen gebruiken verhoudingsgewijze meer dan 2 keer meer kalmeringsmiddelen en tot 5 keer meer stimulantia (24,2%) dan meisjes (kalm.mid: 6,7% en stimul: 4,7%). Ook nemen jongens (5,2%) meer slaapmiddelen in dan meisjes (2,5%). Het nemen van hongerstillers komt dan weer bijna dubbel zoveel voor bij meisjes (5,1%) dan bij jongens (2,9%).

Tabel 30: De frequentie van de verschillende soorten geneesmiddelen voor jongeren van verschillende leeftijden die geneesmiddelen gebruiken, uitgedrukt in percentages.

aard van het geneesmiddel	**12-13 jaar**	**14-15 jaar**	**16-17 jaar**	**18 jaar en +**	**totaal**
pijnstillers	85,9	72,5	71,6	61,8	73,1
kalmeermiddelen	7,3	9,3	8,4	12,7	9,2
stimulantia	4,4	10,4	12,2	12,1	10,1
hongerstillers	0,5	4,5	4,8	8,1	4,4
slaapmiddelen	2,0	3,2	3,0	5,2	3,2
totaal	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**
totaalverdeling	**18,8**	**34,5**	**30,8**	**15,9**	**100**

Tabel 30 laat zien dat pijnstillers vooral worden ingenomen door de jongste leeftijdsgroep. Naarmate de leeftijd toeneemt, daalt dit aantal. Stimulantia kent een verhoogd verbruik bij de leeftijd vanaf 14 jaar. Kalmeermiddelen en hongerstillers zijn vrij populair bij de groep van 18 jaar en ouder. De auteurs vermoeden dat in deze groep de aandacht voor 'een sociaal aanvaardbaar' lichaamsgewicht groter is of dat er mogelijk meer substitutie is voor het gebruik van drugs door inname van dit type geneesmiddelen.

Deze studie ging ook na of er een mogelijk verband te vinden is tussen **het gebruik van medicijnen en drugs**. 20,8% van de jongeren die drugs neemt, gebruikt eveneens medicijnen. Dit staat tegenover 11,6% van de jongeren die wel medicatie neemt, maar geen drugs. De relatie tussen medicatie- en druggebruik is bovendien significant. In de groep van alcoholgebruikers en niet-alcoholgebruikers is er een gelijke spreiding van geneesmiddelengebruik. De samenhang tussen **alcohol- en medicatiegebruik** is ook niet significant.

In een verdere analyse hebben ze enkel deze studenten genomen die medicatie namen en onderzocht of er een relatie bestond tussen het type geneesmiddel en het al dan niet innemen van drugs. Uit tabel 31 blijkt dat de jongeren die drugs nemen een ander profiel vertonen wat medicatiegebruik betreft dan de jongeren die geen drugs nemen. Het gebruik van pijnstillers bij de jongeren die het zonder drugs stellen, is dubbel zo groot als bij de groep die drugs nemen. Het gebruik van kalmeermiddelen, stimulantia en hongerstillers ligt anderzijds weer beduidend hoger bij de druggebruikers dan bij de niet-druggebruikers. Slaapmiddelen worden ook meer door de druggebruikers genomen, maar de verschillen met de niet-druggebruikers zijn minder groot.

Tabel 31: De relatie tussen de aard van de medicatie en druggebruik, uitgedrukt in percentages.

soort medicijn	neemt drugs	neemt geen drugs	totaal
pijnstillers	45,4	81,0	73,3
kalmeermiddel	14,8	7,2	8,8
stimulantia	27,9	5,5	10,4
hongerstillers	7,0	3,3	4,1
slaapmiddelen	4,8	3,0	3,4
totaal	**100**	**100**	**100**
totaalverdeling	**21,8**	**78,2**	**100**

3.2. Het drinkgedrag van jongeren.

De enquête peilde ook naar het soort drank dat jongeren drinken op het belangrijkste uitgaansmoment. Bijna 4 op 10 jongeren geeft de voorkeur aan frisdrank. Een kleine 3% houdt het bij alcoholarm bier. Dit betekent dat de meerderheid van de jongeren (57,2%) toch de voorkeur geeft aan alcoholische dranken. De meerderheid van deze groep drinkt pils. Ten aanzien van de totale populatie is dat 1 op 3 jongeren. Daarna komen longdrinks (9,3%), borrel (7,8%) en wijn (6%). Aperitief (1,4%) en smart/power drinks (1,2%) sluiten het rijtje af.

De leeftijd waarop men begon met alcohol te drinken situeert zich rond de 14 jaar. Bijna 1 op 4 leerlingen begon vanaf deze leeftijd. 1 op 5 leerlingen begon pas vanaf het 15de jaar. Ongeveer 16% van de leerlingen begon zelfs vroeger: rond het 12de of 13de levensjaar. Naar **geslacht** zijn het vooral de jongens die alcohol drinken: 31,2% drinkt alcohol ten aanzien van 17,6% meisjes. Met andere woorden, bijna dubbel zoveel jongens drinken alcohol als meisjes. Deze geslachtsverschillen werden significant geacht. Ook de verschillen naar **leeftijd** werden significant bevonden.

Tabel 32: Het alcoholgebruik[11] naar leeftijd, uitgedrukt in percentages.

alcoholgebruik	12-13 jaar	14-15 jaar	16-17 jaar	18 jaar en +
drinkt alcohol	9,5	22,1	30,6	27,6
drinkt geen alcohol	90,5	77,9	69,4	72,4
totaal	**100**	**100**	**100**	**100**

Naarmate de leeftijd toeneemt, neemt het percentage dat alcohol drinkt toe tot de leeftijd van 16-17 jaar wordt bereikt (zie tabel 32). Daarna daalt dit percentage. De proportie drinkers van alcohol is in de leeftijdsgroep van 16 tot 17 jaar drie keer zo hoog als bij de 12- tot 13-jarigen.

Men kan zich vervolgens afvragen of er **verschillen zijn naar onderwijsrichting**. De relatie tussen alcoholgebruik en onderwijsrichting geeft aan dat in het beroepsonderwijs het meest wordt gedronken (34%), gevolgd door het hoger technisch onderwijs (29,6%), lager technisch onderwijs (27,2%), hoger secundair onderwijs (25,3%) en het lager secundair onderwijs (12,5%). Opleiding maakt net

[11] Een mogelijke verklaring voor de lage percentages is dat de vraag naar alcoholgebruik, specifiek werd gesteld voor 'het belangrijkste uitgaansmoment'.

zoals het beroep van de vader of van de moeder onderdeel uit van de **sociaal-economische status**. Men zou hier kunnen veronderstellen dat kinderen uit lagere beroepsgroepen meer drinken dan kinderen uit hogere sociale milieus. Uit de resultaten bleek dit echter niet het geval te zijn. Het gebruik van alcohol is gelijk verspreid over de verschillende socio-economische groepen.

De onderzoekers maakten ook de link tussen **het alcoholgebruik en het gebruik van drugs.** Deze samenhang tussen het gebruik van drugs en alcoholgebruik bleek significant te zijn. Van alle jongeren die drugs gebruiken, drinkt bijna dubbelzoveel jongeren alcohol (41,7%) dan bij de niet-druggebruikers (21,2%).

3.3. Het gebruik van drugs bij jongeren.

Dit gedeelte focust de aandacht voornamelijk op deze jongeren die ooit drugs gebruikten. Zij maken ongeveer 12% uit van de gehele populatie. Voor 42,6% van deze subgroup is het nemen van drugs nog een vrij recente ervaring, namelijk minder dan 2 maanden geleden. Voor 34,1% is het nemen van drugs gebeurd 2 maanden tot een jaar voor de enquête, terwijl voor het resterende kwart deze ervaring meer dan een jaar geleden is. Op de vraag welke producten deze 12% jongeren zoal gebruikt(e), scoort cannabis het hoogst (zie tabel 33). Net iets meer dan 1 jongere op 10 neemt of nam speed en stimulantia (beide van dezelfde groep) in, gevolgd door LSD.

Tabel 33: De frequentieverdeling van het soort drugs voor de jongeren die drugs gebruik(t)en, uitgedrukt in percentages.

soort drug	%
cannabis	44,9
morfine	2,5
heroïne	4,5
crack	3,9
LSD	10,6
speed	13,1
snuifmiddelen	2,9
cocaïne	3,7
stimulantia	11,3
amfetamines	2,7
totaal	**100**

De manier waarop het eerste contact met drugs werd gelegd, werd ook bevraagd. Voor bijna de helft van **alle** jongeren (47,4%) vormen 'vrienden' de eerste contactbron. Ook cafés, disco's en dancings worden aangeduid (ongeveer 20%). 42% van de jongeren hebben meer dan 1 keuze opgegeven bij het beantwoorden van de vraag. Voornamelijk vrienden (67,3%) en aanschaf van drugs via disco of dancings (17,3%) worden vaak in combinatie met andere mogelijke locaties aangehaald.

De onderzoeksresultaten laten duidelijk blijken dat **er een samenhang bestaat tussen het uitgaan of thuisblijven en druggebruik.** Van al diegenen die nooit uitgaan, gebruikt slechts 1,7% drugs, tenoverstaan van 13,9% van al diegenen die

minstens 1 keer per maand de bloemetjes buiten zetten. Het druggebruik komt dus bijna meer dan 10 keer meer voor in de groep die uitgaat. De onderzoekers wijzen erop dat er een heleboel interacties meespelen. Zo bevinden zich onder de thuisblijvers vooral jongeren onder de 14 jaar en van wie de meerderheid meisjes zijn.

Uit dit onderzoek blijkt nogmaals dat meisjes minder drugs gebruiken dan jongens. Het aandeel jongens dat drugs gebruikt (16%), is net als bij alcohol dubbel zo groot als bij de meisjes (7%). Deze **geslachts**verschillen zijn significant. Naar **leeftijd** zijn het voornamelijk de 16- tot 17- jarigen die tot de grootste druggebruikers behoren (zie tabel 34). Daarna volgt de leeftijdsgroep van 18 jaar en ouder. Net zoals bij alcohol is er een stijgende trend van het druggebruik tot de leeftijd van 16 tot 17 jaar, om dan te dalen. De gevonden leeftijdsverschillen zijn ook hier significant.

Tabel 34: Het druggebruik naar leeftijd, uitgedrukt in percentages.

druggebruik	12-13 jaar	14-15 jaar	16-17 jaar	18 jaar en +
gebruikt drugs	2,1	10,8	17,0	14,7
gebruikt geen drugs	97,9	89,2	83,0	85,3
totaal	**100**	**100**	**100**	**100**

De leeftijd waarop men voor het eerst in contact kwam met drugs doet zich in 1 op 3 gevallen voor bij het 15de levensjaar. 1 op 5 jongeren heeft dit contact reeds op het 14de jaar. 8 op 10 jongeren die drugs momenteel gebruiken, hebben voor het eerst kennisgemaakt met dit genotsmiddel toen ze 16 jaar waren of jonger. De onderzoekers besluiten hieruit dat het informeren van 16-jarigen weinig efficiënt zal zijn, daar in dit geval de meerderheid van druggebruikers reeds op jongere leeftijd kennis heeft gemaakt met drugs. Volgens hen zou men met preventie al veel vroeger moeten beginnen, omstreeks het 11de of 12de jaar.

De voornaamste reden waarom men drugs gebruikt, heeft men ook onderzocht. De helft van de druggebruikers doet het voor de kick. Gezins-, schoolproblemen en relatieproblemen zorgden voor 14,7% van de antwoorden. Een kleine 5% gebruikt drugs onder druk van anderen. Het resterende kwart gaf “andere reden” op. Volgens de onderzoekers behoren drugs wel degelijk tot de ervaringswereld van alle jongeren. Zo heeft ruim 36% van de totale populatie ooit drugs zien gebruiken. 3 op 10 jongeren beweert dat één van zijn vrienden drugs gebruikt. Binnen de groep van druggebruikers heeft 4,2% reeds drugs doorgegeven en 4% of 2,7% van de totale populatie heeft reeds drugs verkocht. 1 op 5 druggebruikers zegt meer dan 500 frank per week uit te geven aan drugs. De overige 80% doet het voor minder dan 500 frank per week.

Naar **socio-economische klasse** komen er ook meer druggebruikers voor in de hogere sociale groepen. De verschillen naar sociale groep zijn significant tot op het niveau p = 0,002[12] (zie tabel 35).

[12] Hoe kleiner het p-niveau, hoe groter de significantie, hoe kleiner de kans dat de gevonden verschillen aan het toeval te wijten zijn.

Tabel 35: Het druggebruik naar socio-economische groep, uitgedrukt in percentages.

druggebruik	lager	midden	hoger
gebruikt drugs	9,9	11,6	14,3
gebruikt geen drugs	90,1	88,4	85,7
totaal	**100**	**100**	**100**

De relatie tussen het gebruik van alcohol en het gebruik van drugs werd ook onderzocht. Van al de jongeren die alcohol gebruiken, vinden we dubbel zoveel jongeren terug die ook drugs nemen (23,7%) dan bij de niet-alcoholdrinkers (10,4%). Jongeren die drugs nemen, drinken over het algemeen ook meer glazen bier per avond. Bijna 6 op 10 druggebruikers drinkt meer dan 4 glazen bier per avond tegenover slechts 32,7% bij de niet-druggebruikers. Jongeren die drugs gebruiken, bezoeken ook meerdere gelegenheden op één avond dan niet-druggebruikers. Dubbel zoveel druggebruikers (51,4%) bezoeken per avond meer dan 3 gelegenheden ten aanzien van de niet-druggebruikers (28,9%).

Eenzelfde verhouding stellen we vast bij **de relatie medicatiegebruik en drugs**. Van al de jongeren die medicatie gebruiken, neemt ongeveer 1 op 5 jongeren ook drugs, tegenover 1 op 10 jongeren die geen medicatie maar wel drugs neemt. Deze relatie wordt gekenmerkt door een hoge significantiegraad ($p < 0,0001$). De onderzoekers besluiten uit deze bevindingen dat er een relatie moet bestaan tussen het gebruik van genotmiddelen. Jongeren die drinken of medicatie gebruiken, komen meer voor in de groep van druggebruikers ten overstaan van jongeren die niet drinken of die geen medicatie nemen.

2.2.4. Jongeren in de schijnwerper: Een onderzoek naar leefstijl bij de scholieren van 12 tot 18 jaar in de Assese scholen.

Bron: Jongeren in de schijnwerper: Een onderzoek naar leefstijl bij de scholieren van 12 tot 18 jaar in de Assese scholen.
Auteurs: Walter De Pauw en Els Enhus
Jaar onderzoek: 1996
Jaar publicatie: 1996

1. Doelstelling.

De laatste jaren is de aandacht voor het gebruik van (il)legale drugs in sterke mate toegenomen. Men ervaart dit gebruik als een belangrijk maatschappelijk probleem waar vooral jongeren mee te maken krijgen. Het maatschappelijk debat wordt gevoerd op basis van allerlei argumenten die men zelden empirisch toetst. De onderzoekers van deze studie klagen erover dat onderzoek naar (il)legale drugs vaak beperkt blijft tot beschrijvende analyses. De wijze waarop drugs kaderen binnen de globale leefwereld van de jongeren wordt echter meestal buiten het beeld gehouden. De auteurs van deze studie willen nagaan op welke wijze druggebruik verband houdt met een bepaalde levensstijl, met visies en houdingen van de jongeren ten aanzien van drugs en de hen omringende wereld.

2. Methode.

Het onderzoek werd opgezet samen met de studenten van de eerste licentie criminologie (1995-1996) van de VUB in de oefeningen bij de cursus 'methodieken en technieken van wetenschappelijk onderzoek'. Op 5 maart 1996 werd van alle middelbare scholieren uit de fusiegemeente Asse klassikaal een schriftelijke vragenlijst afgenomen. Na voorafgaandelijk overleg met de schooldirecties werd beslist twee vragenlijsten te ontwerpen: een uitgebreide versie voor de jongeren van 15 tot 18 jaar, een beperktere voor de groep van 12 tot 15 jaar. Een reeks basisvragen werd aan alle studenten voorgelegd, maar de vragenlijst voor de oudere groep werd met een reeks attitudevragen uitgebreid. Alle jongeren werden over de volgende thema's bevraagd: socio-econmische achtergrond, schoolprestaties, vrijetijdsgedrag, de samenstelling en betekenis van vriendengroepen, het gebruik van legale en illegale drugs en netwerken waarbinnen dit gebeurt, de mogelijkheid voor toekomstig legaal of illegaal druggebruik, de appreciatie van drugpeventiecampagnes, het slachtoffer- en daderschap van verschillende vormen van kleine criminaliteit en de afschrikking van de wet. De 15- tot 18-jarigen moesten hiernaast nog een reeks attitudeschalen invullen over demotie, toekomstperspectieven, individualisering, maatschappelijke problemen, drugproblemen, punitiviteit, selfmonitoring en postmodernisme. In het totaal werden 587 15- tot 18-jarigen ondervraagd en 783 12- tot 15-jarigen.

3. Resultaten.

3.1. De prevalentie van (il)legale drugs.

Uit tabellen 36 en 37 blijkt dat alcohol de meest gebruikte drug is. Of het nu gaat om de sterke of minder sterke varianten, 86% tot 88% van de 15- tot 18-jarige jongeren heeft al actief kennisgemaakt met deze maatschappelijk aanvaarde drugs. De helft hiervan gebruikt de minder sterke varianten zoals bier en wijn op dagelijkse of wekelijkse basis. Bij de 12- tot 15-jarige jongeren heeft 56% ooit wel eens sterke drank, e.a. gedronken en zo'n 70% bier en wijn. Ongeveer een vierde van deze jongeren gebruikt bier en wijn op dagelijkse of wekelijkse basis. Het gebruik van sterke drank blijft echter nogal op de oppervlakte. Ook kalmeer- of slaapmiddelen blijven waarschijnlijk gebonden aan een bepaalde toestand of gelegenheid. 17,5% van de 15- tot 18-jarigen en 10,2% van de 12- tot 15-jarigen heeft deze middelen ooit gebruikt.

Wat de illegale drugs betreft, blijkt dat 132 jongeren of bijna één vierde van de leerlingen van 15 tot 18 jaar cannabis gebruikt heeft (zie tabel 36). Bij de 12- tot 15-jarigen gaat het om 51 jongeren of 6,8% van de leerlingen (zie tabel 37). Frequente cannabisgebruikers zijn er niet. Een minderheid van de 15- tot 18-jarigen gebruikt cannabis maandelijks (4,5%), wekelijks (2,2%) of zelfs dagelijks (2,2%). Voor XTC geldt dat zo'n 5% van de 15- tot 18-jarigen het al heeft gebruikt, ten aanzien van 1,7% bij de 12- tot 15-jarigen, waarvan een zeer klein aantal maandelijks of meer. Als men het gemiddelde maakt voor het secundair onderwijs in zijn geheel, met inbegrip van de 12- tot 15-jarigen, dan bekomt men 14,6% leerlingen die ooit cannabis gebruikten.

Tabel 36: De prevalentie van het soort drug voor de jongeren van 15 tot 18 jaar, uitgedrukt in absolute aantallen en percentages.

soort drug	nooit gebruikt		zelden		maandelijks		wekelijks		elke dag	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
bier, wijn	64	1,5	143	25,5	101	18,2	214	38,6	33	5,9
coctail, aperitief, sterke drank	76	3,7	224	40,4	150	27,0	101	18,2	4	0,7
kalmeer- of slaapmiddelen	458	82,5	76	13,7	14	2,5	3	0,5	4	0,7
cannabis, hasj, weed, marihuana	423	76,2	83	15,0	25	4,5	12	2,2	12	2,2
XTC, speed, EVA,...	525	94,6	19	3,4	4	0,7	6	1,1	1	0,2
cocaïne, crack,...	547	98,6	7	1,3	-	-	1	0,2	-	-
snuifmiddelen (lijmen, verdunner,...)	540	97,3	11	2,0	2	0,4	2	0,4	-	-
heroïne	551	99,3	4	0,7	-	-	-	-	-	-
LSD	537	96,8	14	2,5	3	0,5	1	0,2	-	-

Tabel 37: De prevalentie van het soort drug voor de jongeren van 12 tot 15 jaar, uitgedrukt in absolute aantallen en percentages.

soort drug	nooit gebruikt		zelden		maandelijks		wekelijks		elke dag	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
bier, wijn	227	29,3	313	40,4	109	14,1	104	13,4	21	2,7
coctail, aperitief, sterke drank	339	44,0	277	36,0	104	13,5	43	5,6	5	0,6
cannabis, hasj, weed, marihuana	712	93,3	38	5,0	7	0,9	6	0,9	-	-
kalmeer- of slaapmiddelen	688	89,8	71	9,2	4	0,5	6	0,8	2	0,3
XTC, speed, EVA,...	756	97,7	8	1,4	2	0,3	-	-	-	-
cocaïne, crack,...	761	98,3	5	0,7	-	-	1	0,1	-	-
snuifmiddelen (lijmen, verdunner,...)	749	96,8	17	2,0	1	0,1	2	0,3	5	0,6
heroïne	763	98,7	2	0,3	-	-	1	0,1	-	-
LSD	763	98,2	2	0,3	4	0,5	-	-	-	-

Wanneer men het cannabisgebruik opdeelt naar geslacht, ziet de situatie er als volgt uit:

Tabel 38: Het gebruik van cannabis voor jongens en meisjes van 15 tot 18 jaar, uitgedrukt in absolute aantallen en percentages.

cannabisgebruik	meisjes		jongens	
	N	%	N	%
nooit gebruikt	228	84,4	203	67,7
zelden of maandelijks	40	14,8	72	24,0
wekelijks of elke dag	2	0,7	25	8,3

Het zijn met name de jongens die gebruiken of ooit gebruikt hebben (zelden of maandelijks) en het zijn ook bijna uitsluitend jongens die hiermee doorgaan (wekelijks of dagelijks) (zie tabel 38). Voor de 12- tot 15-jarigen kan men deze conclusie doortrekken voor het druggebruik in zijn geheel (zie tabel 39). Tweemaal meer jongens dan meisjes gebruiken of hebben ooit gebruikt. Bijna niemand gaat hier vooralsnog mee door.

Tabel 39: Het druggebruik voor jongens en meisjes van 12 tot 15 jaar, uitgedrukt in absolute aantallen en percentages.

druggebruik	meisjes		jongens	
	N	%	N	%
nooit gebruikt	331	95,4	376	91,5
zelden of maandelijks	13	3,8	32	7,8
wekelijks of elke dag	3	0,7	3	0,9

3.2. De beschikbaarheid van drugs.

Interessant om weten, is hoe gemakkelijk jongeren aan deze producten komen. Bijna de helft van de volledige 15- tot 18-jarige populatie zegt zelf gemakkelijk aan cannabis te geraken en meer dan 40% kan zelf gemakkelijk XTC vinden. Van de vrienden weet men blijkbaar minder zeker of ze dat kunnen. 36,2% van de 15- tot

18-jarigen denkt dat zijn of haar vrienden gemakkelijk aan cannabis komen. Voor XTC is dat 27,3%. Bij de 12- tot 15-jarigen weet 15,9% aan cannabis te geraken en 13,1% aan XTC. Slechts 12,5% denkt dat zijn of haar vrienden ook aan cannabis weten te geraken en 8,7% aan XTC. De beschikbaarheid van drugs in deze jongere groep is blijkbaar minder evident dan voor de groep van 15 tot 18 jaar.

3.3. De intentie op later druggebruik.

Naast de beschikbaarheid werd ook de intentie onderzocht op later druggebruik (zie tabellen 40 en 41). Van wie zegt geen drugs te gebruiken, kan het vanuit het oogpunt van preventie, interessant zijn te weten, hoeveel jongeren van zichzelf denken dat ze misschien drugs gaan gebruiken. Uit tabellen 40 en 41 blijkt dat de groep die zegt reeds drugs te gebruiken, later waarschijnlijk nog wordt 'aangevuld' met nieuwe kandidaten. Zo zou 45% van de niet-drinkers, één zesde van de niet-cannabisgebruikers en bijna 10% van de niet-XTC-gebruikers voor de groep van 15 tot 18 jaar dit gedrag toch gaan aannemen. Dit betekent dat bij de 132 cannabisgebruikers er nog 64 bijkomen, wat het totaal brengt op 196 of 35,3% van de jongeren, (in de veronderstelling dat wie gebruikt, blijft gebruiken). Nochtans zegt dit niets over de intensiteit waarmee men zal gebruiken. De auteurs van deze studie zijn van mening dat het best mogelijk is dat men eerder om de nieuwsgierigheid en de spanning het één en ander gaat uitproberen.

Tabel 40: De kans op later druggebruik voor de leerlingen van 15 tot 18 jaar, uitgedrukt in absolute aantallen en percentages.

soort drug	kans: ja		kans is zeer klein		kans is klein		kans is matig		kans is groot		kans is zeer groot	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
bier, wijn, sterke drank	40	45,5	16	40,0	12	30,0	10	25,0	1	2,5	1	2,5
cannabis, hasj, weed, marihuana	64	16,1	24	38,1	20	31,7	14	22,2	2	3,2	1	1,6
XTC, speed, EVA,...	46	9,4	18	40,9	17	38,8	7	15,9	2	4,5	-	-

Bij de 12- tot 15-jarigen bedraagt het aantal niet-drinkers dat zal gaan drinken 35,8%. 10,2% van de niet-cannabisgebruikers denkt cannabis te gebruiken ten overstaan van 7,7% van de niet-XTC-gebruikers die dit product willen uitproberen (zie tabel 41).

Tabel 41: De kans op later druggebruik voor de leerlingen van 12 tot 15 jaar, uitgedrukt in absolute aantallen en percentages.

soort drug	kans: ja		kans is zeer klein		kans is klein		kans is matig		kans is groot		kans is zeer groot	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
bier, wijn, sterke drank	179	35,8	33	18,4	40	22,3	77	43,0	16	8,9	5	4,5
cannabis, hash, weed, marihuana	71	10,2	28	39,4	25	35,2	10	14,1	-	-	1	1,4
XTC, speed, EVA,...	56	7,7	27	48,2	10	17,9	8	14,3	1	1,8	3	5,4

3.4. Gemiddelde leeftijd bij eerste gebruik en de druggebruikende omgeving.

De leeftijd van het eerste gebruik werd bij de (il)legale gebruikers ook bevraagd. De maatschappelijk ingeburgerde drugs verschijnen vroeger in het leven van de 15- tot 18-jarigen (namelijk 13 à 14 jaar), dan de illegale producten (15 à 16 jaar)[13]. Bij de 12- tot 15-jarigen verschijnen de legale drugs op gemiddeld 11 à 12 jaar in het leven. De illegale producten volgen al kort hierop (gemiddeld slechts 1 jaar later).

Verder werd onderzocht hoe 15- tot 18-jarige jongeren, die ooit al gebruiker waren, voor het eerst aan drugs kwamen. De rol van vrienden blijkt erg belangrijk te zijn voor de kennismaking met XTC (51,5%) en vooral cannabis (66,4%). Gezin of familie zorgen eerder voor het 'aanreiken' van alcohol (rond de 30%). Ongeveer eenzelfde trend, maar minder uitgesproken, stelde men vast bij de 12- tot 15-jarigen.

Behalve door wie werd ook de plaats waar men (il)legale drugs krijgt aangeboden, bevraagd. Alcoholgebruik wordt duidelijk thuis ingeleid en in de kroeg of disco. Alles wat wordt gerookt, wordt ingeleid op straat. XTC wordt eerder aangeboden in de discotheek.

3.5. Motieven druggebruik.

Alcoholgebruik onder vorm van bier, wijn, sterke drank, heeft voor een groot deel van de jongeren met genieten te maken. Het wordt massaal lekker gevonden (15-18: 73% van de gebruikers en 12-15: 61%). Het maakt de boel gezellig (15-18: 51% en 12-15: 29%) en men amuseert zich beter (15-18: 34% en 12-15: 17%). Minder vaak vermeld, maar duidelijk aanwezig bij deze twee groepen: het hoort bij het uitgaansleven en draagt bij tot het zich beter voelen. De rol van vrienden blijkt eerder beperkt te zijn. Voor de minderheid die nog niet bekend is met alcohol zou vooral de gezelligheid die het alcoholgebruik toegeschreven wordt, de overstap naar het gebruik bepalend zijn. Bij de 12- tot 15-jarigen is 'geen reden' het belangrijkste motief om in de toekomst te gaan drinken. De reden waarom men niet drinkt, heeft vooral te maken met de smaak van het drankje dat niet bevalt, de gezondheid (verslaving, schadelijk) en het verbod van thuis uit.

De belangrijkste motieven voor **cannabisgebruik** zijn nieuwsgierigheid (15-18: 57% en 12-15: 35%), de kick (15-18: 28% en 12-15: 37%), zich beter voelen (15-18: 35% en 12-15: 37%) en rust (15-18: 32% en 12-15: 21%). De eerste twee redenen werden ook aangehaald als de belangrijkste voor zij die in de toekomst ook zouden gebruiken.

3.6. Cannisgebruik en school.

In deze paragraaf worden de belangrijkste bevindingen weergegeven inzake de relatie tussen cannabisgebruik en school van 15- tot 18-jarigen. De onderzoekers

[13] De spreiding van de leeftijd gezien de bovengrens van doorgaans 18 jaar beperkt natuurlijk het gemiddelde. Bij de groep van 12 tot 15 jaar geldt dit in nog sterkere mate.

wijzen erop dat men in al deze relaties moeilijk de richting van het verband[14] kan duiden. Onder de spijbelaars van 15 tot 18 jaar bevinden zich tweemaal zoveel mensen die cannabisgebruiker zijn of waren. Dit verband is trouwens significant. Verder neemt het aantal cannabisgebruikers toe met het aantal buizen (4 of meer). Het verschil met diegenen die geen of 1 tot 3 buizen hebben is echter niet zo groot en de relatie is niet significant. In verband met de ouderrelaties blijkt dat naarmate de relatie thuis slechter is, het druggebruik hand over hand toeneemt. Een slechte relatie tussen vader en kind weegt bovendien meer door dan een slechte relatie met de moeder.

3.7 De meningen over druggebruik en legalisering.

Ongeveer 70% van de 15- tot 18-jarige jongeren vindt het drugsgebruik in België een probleem, waar de politie hoegenaamd geen controle over heeft (zie tabel 42). 72,8% van de jongeren vindt wel dat de politie mag optreden, in dit geval druggebruikers oppakken. Ongeveer een derde van de jongeren zegt plaatsen te mijden waar er drugs worden verkocht. Iets meer dan tweederde zegt dat er drugs worden gebruikt en verkocht op plaatsen waar ze uitgaan.

Tabel 42: De meningen van leerlingen van 15 tot 18 jaar over het gebruik van drugs, levenstijl, legalisering,... uitgedrukt in absolute aantallen en percentages.

uitspraken	zeer juist		juist		weet niet		fout		zeer fout	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
drugsgebruik is een probleem in België	113	21,9	253	49,0	101	19,6	37	7,2	10	1,9
de politie heeft het drugsgebruik in België goed onder controle	3	0,6	12	2,3	130	25,2	242	46,9	125	24,2
ik mijd plaatsen waar drugs worden verkocht	66	12,8	121	23,4	126	24,4	173	33,5	28	5,4
hasj, cannabis, weed, joints moeten wettelijk toegelaten worden	85	16,5	93	18,1	107	20,8	94	18,3	136	26,4
op plaatsen waar ik uitga worden er soms drugs verkocht of genomen	97	19,1	239	47,0	112	22,0	28	5,5	30	5,9
XTC moet in België wettelijk toegelaten worden	16	3,1	17	3,3	103	20,0	121	23,5	255	49,6
heroïne en cocaïne moeten in België wettelijk toegelaten worden	10	1,9	13	2,5	67	13,0	92	17,8	332	64,3
de politie mag druggebruikers oppakken	175	34,1	147	28,7	99	19,3	53	10,3	37	7,2

Omtrent de legalisering van illegale producten, bekomt men verschillende profielen (zie tabel 42). Zo zijn de meningen over de legalisering van cannabis nogal verdeeld. Een derde vindt dat cannabis wettelijk moet worden toegelaten, terwijl 40% dit afkeurt en een vijfde hierover geen mening heeft. Als het gaat over XTC

[14] De riching van het verband heeft te maken met het al dan niet kunnen aantonen van causale relaties. In dit geval weten we niet of het cannabisgebruik reeds voordeed voor het spijbelen of omgekeerd.

liggen de zaken duidelijker. Slechts 6% vindt dat dit product wettelijk moet worden toegelaten. Eenzelfde profiel vindt men bij de mening over legalisering van heroïne en cocaïne: 4,4% is voor de legalisering ervan. Het aantal jongeren dat hier geen mening heeft is lager dan bij XTC en cannabis.

3. Utilization studies.

3.1. Federaal niveau.

3.1.1. Aids in België: situatie op 30 juni 1996.

Bron: Aids in België: situatie op 30 juni 1996 (trimestrieel rapport nr. 43). Brussel, Instituut voor Hygiëne en Epidemiologie, Dienst Epidemiologie, 1996.
Bron: A. Sasse, H. Van Renterghem en D. Van der Heyden. De epidemiologie van AIDS en HIV-infectie in België. Toestand op 31 december 1995. Brussel, Instituut voor Hygiëne en epidemiologie, 1996.

1. Doelstelling en methode.

Er bestaan in België acht AIDS-referentielaboratoria. Zij voeren o.a. confirmatietesten uit op positieve sera. Omdat enkel deze acht laboratoria gefinancierd worden voor de confirmatietesten, geeft de aangifte van de nieuwe HIV-seropositieven een quasi totaalbeeld van het totaal aantal gediagnostiseerde seropositieven in België. De aangifte is anoniem. Vaak voeren referentielaboratoria meerdere confirmatietesten uit op het bloed van eenzelfde persoon. Daarom bestaat er een risico dat een aantal seropositieven meerdere malen aangegeven wordt. Om deze reden nemen zij enkel deze personen in de analyse van wie genoeg gegevens voorhanden waren om dubbeltelling uit te sluiten.

Naast het uitvoeren van de confirmatietesten trachten de referentielaboratoria een aantal epidemiologische gegevens van de seropositieven te verzamelen. Elke arts krijgt voor elke nieuw ontdekte seropositieve persoon in zijn praktijk een gestandaardiseerd formulier toegestuurd. De behandelende arts geeft de AIDS-patiënten op een onafhankelijke manier aan. Deze anonieme aangiften zijn gericht aan een Commissie samengesteld uit clinici, virologen en epidemiologen. Deze Commissie staat borg voor de vertrouwelijkheid van de gegevens. Zij komt eens per trimester samen om alle nieuw aangegeven AIDS-gevallen te verifiëren op conformiteit met de AIDS-definitie. De huidige AIDS-definitie in België is deze die werd voorgesteld door de Centers for Disease Control and Prevention (CDC) in 1987. De Dienst Epidemiologie van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid[1] te Brussel valideert en analyseert deze gegevens, zowel voor seropositieven als voor AIDS-patiënten. Omdat dezelfde registratiecode wordt gebruikt voor seropositieven als voor AIDS-patiënten is het mogelijk om de twee bestanden te verbinden en zo te komen tot één groot databestand dat alle personen bevat die geïnfecteerd werden met HIV, of ze zich nu in het AIDS-stadium bevinden of niet.

---

[1] Het Wetenschappelijk Instituut van Volksgezondheid is het voormalige Instituut voor Hygiëne en Epidemiologie.

2. Resultaten.

2.1. Alle geïnfecteerde personen (HIV- en AIDS-patiënten).

Tussen het begin van de AIDS-ziekte in België en 30 juni 1996 zijn er tussen 9.250 en 10.300 geïnfecteerde personen aangegeven, van wie 2.142 AIDS-patiënten. Dit maakt dus 7.108 personen geïnfecteerd met HIV, maar die nog geen AIDS hebben ontwikkeld. Tussen 1987 en 1993 werden er gemiddeld 71 nieuwe HIV-infecties per maand geregistreerd in België, ofwel 2 à 3 per dag. Sinds 1995 daalde dit gemiddelde tot 65 nieuwe diagnoses per maand, ofwel twee infecties per dag (zie tabel 1). Deze dalende trend van de laatste vierentwintig maanden moet nog op langere termijn bevestigd worden.

Tabel 1: Evolutie van het aantal nieuwe seropositieven per jaar, uitgedrukt in absolute aantallen.

jaar	aantal nieuw geregistreerde seropositieven
< 1985	150
1985	497
1986	735
1987	932
1988	736
1989	747
1990	812
1991	793
1992	989
1993	948
1994	791
1995	762

De leeftijd en het geslacht zijn gekend voor 8.857 personen (95,8%). Bij de Belgische HIV-geïnfecteerden vindt men 4 op 5 mannen en 1 op 5 vrouwen. De vrouwelijke geïnfecteerden (gemiddeld 31 jaar en 6 maanden) zijn bovendien gemiddeld jonger dan de mannelijke geïnfecteerden (gemiddeld 35 jaar en 3 maanden). In dalende volgorde tellen het Brussels gewest (35,9%), de provincies Luik (11,7%) en Antwerpen (15,7%) de meeste geïnfecteerden.

Van de Belgische mannen bij wie er een risicofactor gekend is, heeft 67,9% seksuele contacten gehad met andere mannen en 5,7% heeft op intraveneuze wijze drugs gebruikt (zie tabel 2). Overdracht via heteroseksuele weg zou verantwoordelijk zijn voor 22,8% van de HIV-infecties. Voor de vrouwen met Belgische nationaliteit wordt een heteroseksuele overdracht genoemd in 73,7% van de gevallen. Bij hen weegt het injecteren van drugs proportioneel gezien ook zwaarder door dan bij de seropositieve mannen (11,1%). Tellen we het aantal Belgische mannelijke en vrouwelijke geïnfecteerde patiënten op die intraveneuze druggebruikers zijn, dan bekomen we ongeveer 7%.

Tabel 2 : Verdeling van geïnfecteerde mannen (M) en vrouwen (V) naar nationaliteit en waarschijnlijke overdrachtswijze, uitgedrukt in absolute aantallen (toestand op 30 juni 1996).

waarschijnlijke overdrachtswijze	Belgische nationaliteit			andere nationaliteit			totaal[2]		
	M	V	totaal[3]	M	V	totaal[4]	M	V	totaal
homo-/bisexuele contacten.	1381	-	1389	352	-	352	1834	-	1834
intraveneus druggebruik (IVD)	96	51	147	195	47	242	317	105	422
homo-/bisexuele cont. + IVD	22	-	22	21	-	21	46	-	46
hemofilie	23	-	23	6	-	6	34	-	34
transfusie	46	42	88	51	89	141	103	138	242
heterosexuele contacten	472	339	811	1023	1154	2181	1550	1547	3103
moeder/kind overdracht	27	28	55	54	68	122	99	109	215
onbekend	390	108	499	424	297	732	2000	1182	3354
totaal	**2457**	**568**	**3027**	**2126**	**1655**	**3797**	**5983**	**3081**	**9250**

Volgens de gegevens van 31 december 1995 is de groep van intraveneuze druggebruikers relatief belangrijker in Brussel (8,4%) en Wallonië (9,2%) dan in Vlaanderen (3,3%). De virusoverdracht via intraveneus druggebruik is opvallend bij jongeren (zie tabel 3).

Tabel 3: De Belgische geïnfecteerden, naar leeftijd, geslacht en overdrachtswijze (toestand op 31 december 1995).

leeftijds-categorie	**geslacht**	**N**	**homo-bisex. in %**	**heterosex. in %**	**IV-druggebruik in %**	**andere risico's in %**
15-24	M	229	63,8	10,0	13,5	12,7
	V	95	-	73,0	22,1	4,9
	M + V	324	45,0	29,6	16,0	9,4
25-34	M	792	75,9	16,2	6,2	1,7
	V	169	-	75,7	16,6	7,7
	M + V	961	62,2	26,6	8,0	3,2
35-49	M	698	68,4	26,5	2,0	3,1
	V	106	-	87,7	1,9	10,4
	M + V	804	59,4	34,6	2,0	4,0
> of = 50	M	274	46,3	45,6	-	8,1
	V	51	-	68,6	-	31,4
	M + V	325	39,1	49,2	-	11,7

Het aandeel van de intraveneuze druggebruikers stijgt tot 16% bij de 15- tot 24 jarige geïnfecteerden eind '95.

[2] Patiënten met onbekende nationaliteit en/of geslacht zijn hierbij inbegrepen.
[3] Patiënten met onbekend geslacht zijn hierbij inbegrepen.
[4] Patiënten met onbekend geslacht zijn hierbij inbegrepen.

Tabel 4: Aandeel van druggebruikers onder de seropositieven, uitgedrukt in absolute aantallen en percentages.

datum	aantal patiënten *van wie overdrachtswijze gekend is*	aantal injecterende druggebruikers	procent
maart 1994	4.718	395	8,4
juni 1994	4.552	363	8,0
september 1994	4.974	409	8,2
december 1994	5.076	422	8,3
maart 1995	4.984	440	8,8
juni 1995	5.101	439	8,6
september 1995	-	-	-
december 1995	5.694	353	6,2
maart 1996	5.810	360	6,2
juni 1996	5.896	422	7,2

Meer specifiek schommelt het percentage injecterende druggebruikers binnen de totale populatie seropositieven, van wie de overdrachtswijze gekend is sinds maart '4 rond de 8,5%, maar vanaf december 1995 daalt dit percentage tot 6% om dan weer te stijgen in juni 1996 rond de 7% (zie tabel 4).

3.2. AIDS-patiënten.

Volgens de toestand op 30 december 1995 werden in totaal 2.100 AIDS-patiënten gediagnostiseerd in België sinds het begin van de epidemie. De residenten[5], in hoofdzaak Belgen (76,8%), maken ongeveer 66% uit van de AIDS-epidemie in België (zie tabel 5). De niet-residenten (34%) zijn waarschijnlijk geïnfecteerd buiten onze grenzen (zie tabel 6).

Tabel 5: Verdeling van residente AIDS-patiënten, mannen en vrouwen naar waarschijnlijke overdrachtswijze, uitgedrukt in absolute aantallen en percentages (toestand op 31 december 1995).

waarschijnlijke overdrachtswijze	mannen		vrouwen		totaal	
	N	%	N	%	N	%
homo-/bisexuele contacten.	743	67,2	-	-	743	54,4
intraveneus druggebruik (IVD)	72	6,5	27	10,4	99	7,3
homo-/bisexuele cont. + IVD	14	1,3	-	-	14	1,0
hemofilie	11	1,0	-	-	11	0,8
transfusie	29	2,6	28	10,8	57	4,2
heterosexuele contacten	205	18,5	171	66,0	376	27,5
moeder/kind overdracht	18	1,6	30	11,6	48	3,5
onbekend	14	1,3	3	1,2	17	1,2
totaal	**1.106**	**100,0**	**259**	**100,0**	**1.365**	**100,0**

De overdrachten via intraveneus druggebruik maakt 8,3% uit van het totaal aantal residenten van wie de overdrachtswijze gekend is.

[5] Onder 'residenten' verstaat men deze personen (Belgen en niet-Belgen) die minstens vijf jaar in België leven op het moment van de AIDS-diagnose.

Tabel 6: Verdeling van niet-residente AIDS-patiënten, mannen en vrouwen naar waarschijnlijke overdrachtswijze, uitgedrukt in absolute aantallen en percentages (toestand op 31 december 1995).

waarschijnlijke overdrachtswijze	mannen		vrouwen		totaal	
	N	%	N	%	N	%
homo-/bisexuele contacten.	96	20,1	-	-	96	13,0
intraveneus druggebruik (IVD)	24	5,0	11	4,3	35	4,8
homo-/bisexuele cont. + IVD	2	0,4	-	-	2	0,3
transfusie	19	4,0	27	10,5	46	6,3
heterosexuele contacten	301	63,1	195	75,6	496	67,5
moeder/kind overdracht	19	4,0	18	7,0	37	5,0
onbekend	16	3,4	7	2,7	12	3,1
totaal	**477**	**100,0**	**258**	**100,0**	**724**	**100,0**

Het intraveneus druggebruik bij de niet-residenten bedraagt in het totaal 5,1%.

Tabel 7 geeft de waarschijnlijke overdrachtswijze voor alle Belgische AIDS-patiënten. Het intraveneus druggebruik maakt hier 5,5% van alle mogelijke overdrachtswijzen uit.

Tabel 7: Verdeling van alle Belgische AIDS-patiënten, mannen en vrouwen naar waarschijnlijke overdrachtswijze, uitgedrukt in absolute aantallen en percentages (toestand op 31 december 1995).

waarschijnlijke overdrachtswijze	mannen		vrouwen		totaal	
	N	%	N	%	N	%
homo-/bisexuele contacten.	675	68,7	-	-	675	59,0
intraveneus druggebruik (IVD)	31	3,2	22	13,8	53	4,6
homo-/bisexuele cont. + IVD	10	1,0	-	-	10	0,9
hemofilie	10	1,0	-	-	10	0,9
transfusie	27	2,7	25	15,6	52	4,5
heterosexuele contacten	209	21,3	98	61,3	307	26,9
moeder/kind overdracht	88	0,8	13	8,1	21	1,8
onbekend	13	1,3	2	1,3	15	1,3
totaal	**983**	**100,0**	**160**	**100,0**	**1.143**	**100,0**

3.2. Gemeenschaps- en Gewestniveau

3.2.1. Vlaams Informatiesysteem Drugvrije Centra: statistische gegevens 1988-1995

Bron: S. Kerremans. Antwerps Druginterventiecentrum (ADIC): Vlaams Informatiesysteem Drugvrije Centra: statistische gegevens 1988-1994. Verslag van 7 jaar werking.
Verwerking van de gegevens voor 1995 zijn op rekening van de VAD.

1. Doelstelling.

Het Vlaams Informatie Systeem - Drugvrije Centra (VLIS-DC) is een onderdeel van de Vlaamse Vereniging van Behandelingscentra Verslaafdenzorg (VVBV), waarvan alle aan het RIZIV geconventioneerde residentiële behandelingscentra lid zijn. Het VLIS-DC is een registratiesysteem van de revalidatiesector inzake drughulpverlening in Vlaanderen. Deze omvatten zowel crisiscentra als behandelingscentra. Sinds 1988 bestaat er een gemeenschappelijke registratie van gegevens over de opgenomen cliënten. Van elk centrum is er een medewerker afgevaardigd. Elk centrum codeert en voert de gegevens zelf in. De geregistreerde variabelen bestaan uit cliëntgegevens, problematiekgegevens en opname- en vertrekgegevens. De werkgroep VLIS-DC plant de registratie, bereidt de samenwerking met de VAD voor en staat in voor de redactie van het verslag. De VAD verwerkte de gegevens van 1990 tot 1995.

2. Methodologie.

De hieronder vermelde gegevens zijn het resultaat van de registratie van 1988 tot 1995. De jaarlijkse cijfers gaan telkens over alle cliënten opgenomen in de verschillende drugvrije centra. Een cliënt kan meerdere malen worden opgenomen in een centrum. Deze heropnames werden niet opgenomen bij de voorgestelde gegevens. Indien een cliënt echter binnen een jaar in verschillende centra werd opgenomen (bijvoorbeeld bij een doorverwijzing), werd hij wel opnieuw meegeteld.
In het totaal werden er over de 8 jaar 5.353 cliënten - evenwel niet altijd verschillende personen - geregistreerd, waarvan ongeveer tweederde in crisiscentra en éénderde in behandelingscentra (zie tabel 8).

Tabel 8: Geregistreerde cliënten in crisis- en behandelingscentra voor de periode 1988-1995.

soort centra	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	totaal
crisiscentra	429	488	431	437	486	451	353	599	**3.674**
behandelingscentra	194	205	224	179	198	197	231	251	**1.679**
totaal	**623**	**693**	**655**	**616**	**684**	**648**	**584**	**850**	**5.353**

3. Resultaten.

Het overzicht van voornamelijk socio-demografische gegevens laat toe een typebeeld van de modale cliënt te schetsen. De aandachtige lezer zal opmerken dat sedert 1988 weinig verandering optreedt in zijn profiel. Zo is het merendeel van het cliënteel man, jong (gemiddeld 25 jaar), Belg, ongehuwd en heeft geen kinderen. De meeste cliënten zijn arbeiders met een laag opleidingsniveau (lager secundair onderwijsniveau). Op het moment van opname leven ze meestal van een vervangingsinkomen.

In de helft van de gevallen staat de cliënt onder justitiële druk (zaken in behandeling, probatie of voorwaardelijke invrijheidsstelling). Onderzoek naar het probleemgebruik wijst uit dat een groot deel opiaten gebruikt, gevolgd door stimulantia en cocaïne. Veelal gebruikte men dagelijks. De leeftijd waarop men begon met het voornaamste product schommelt rond de 18 jaar. In de nu volgende alinea's illustreren we deze vaststellingen aan de hand van enkele cijfers.

1. Man-vrouw verhouding sinds 1988.

Over de 8 jaren heen is de verhouding tussen het aantal mannen en vrouwen stabiel gebleven. Mannen vormen duidelijk de meerderheid. Ongeveer 1 cliënt op 5 is vrouw. De exacte cijfers voor 1995 zijn 82,6% mannen en 17,4% vrouwen.

2. Nationaliteit sinds 1988.

Over de jaren heen heeft gemiddeld 1 cliënt op 5 een andere nationaliteit dan de Belgische. In 1995 had bijna 84% de Belgische nationaliteit. Het aantal vreemdelingen wisselt naargelang het jaar van registratie. In 1988 werden er opvallend minder cliënten met een vreemde nationaliteit opgenomen, met name 11,6%. In 1994 en 1995 bleef het aantal vreemdelingen beperkt tot rond de 16 à 17%.

3. Leeftijd bij opname sinds 1988.

In de crisiscentra bleef de gemiddelde leeftijd over de 8 jaren stabiel en schommelde rond de 25 à 26 jaar. In de behandelingscentra bedraagt de gemiddelde leeftijd bij opname in 1995 26 jaar. Hier constateren we in tegenstelling tot de crisiscentra meerdere fluctuaties voor de verschillende jaren.

4. Burgerlijke staat sinds 1988.

Gemiddeld is driekwart van de populatie ongehuwd. In 1995 bedroeg dit percentage 80,7%. Ongeveer een tiende van de populatie is gehuwd. In 1991 en 1993 tellen we de meeste gehuwden: respectievelijk 13,3% en 11,1%. In 1995 telden we minder gehuwden: 6,9%. Gemiddeld 13,1% van de populatie is gescheiden. In 1988 zijn er opvallend meer gescheiden cliënten dan de daaropvolgende jaren (18,1%). In 1995 is dat 12%. Een enkeling is weduwe(naar). In 1995 bereikte dit percentage nauwelijks 0,4%.

5. Aantal kinderen sinds 1988.
Driekwart van de populatie heeft geen kinderen. In 1995 was dat 75,6%. Ook hier zijn er schommelingen tussen de jaren, maar we kunnen niet spreken over een duidelijke stijgende of dalende trend.

6. Beroepsniveau sinds 1988.
Driekwart van de populatie wordt geclasseerd als zijnde arbeider of kleine zelfstandige. Over de jaren heen neemt de opname van het percentage arbeiders toe: in 1988 was 73,2% arbeider, in 1994 80,8%. In 1995 daalde dit percentage weer tot 74,9%.

7. Onderwijsniveau sinds 1988.
Het beroepsniveau hangt voor een deel samen met het onderwijsniveau. De meerderheid van het cliënteel heeft ten hoogste het lager secundair onderwijs gevolgd. Een kwart van de populatie heeft ten hoogste **lager onderwijs** genoten. Gemiddeld was dat 28,1% voor 1995. Over de jaren heen zijn er een aantal fluctuaties. Met name het aantal cliënten met **geen of enkel lager onderwijs** nam af. Dit houdt wellicht verband met de verlenging van de leerplicht. Het aantal cliënten met een lager of hoger secundair onderwijs diploma bleef echter stabiel. In 1995 heeft 38,9% van het cliënteel het diploma van **lager secundair onderwijs**. 23,4% volgde hoger secundair of hoger onderwijs in 1995. De laatste 4 jaren zien we een opvallende stijging van het aantal cliënten met een diploma van het bijzonder onderwijs. In de periode 1993-1995 was dit telkens een tiende van de populatie.

8. Inkomensbron sinds 1988.
Gemiddeld heeft slechts één achtste **een inkomen uit arbeid**. Sinds 1988 merken we een langzame daling van het aantal werkenden, met vooral een afname in de laatste drie jaar: van 15,9% in 1988 naar 8,6% in 1995. Een vijfde van de populatie is werkloos en ontvangt **een werkloosheidsuitkering**. In 1988 waren er de minste werklozen (18,3%) en in 1993 de meeste (28,4%). 19% van de cliënten ontvangt in 1994 een werkloosheidsuitkering. In 1995 neemt dit percentage toe met 3,2%. Bijna een kwart van het clienteel heeft een **ziekte- of invaliditeitsuitkering**. In 1995 was dat gemiddeld 22,3%. Na een stijgende trend gedurende 6 jaar is het aantal mensen met een ziekteuitkering gedaald in het begin van de jaren negentig, om opnieuw te stijgen in 1994.

Naast de cliënten met een ziekte- of invaliditeitsuitkering ontvangt gemiddeld één achtste **een inkomen van het OCMW**. Het aantal mensen met een OCMW-uitkering lag lager in het begin van de jaren '90, maar is de laatste twee jaar opnieuw gestegen. In 1995 bedroeg dit percentage zelfs 18,7%. Een vijfde van alle opgenomen personen zegt over **geen inkomen**[6] te beschikken. In het totaal leefde in 1995 63,1% van een vervangingsinkomen. De laatste twee jaren steeg het aantal personen van een vervangingsinkomen tot twee derde van het totale cliënteel.

---

[6] Onder deze groep zonder inkomen verstaan wij huisvrouwen, studenten,...

9. Justitiële situatie sinds 1988.

Ongeveer de helft van de cliënten is op het moment van opname vrij. In 1995 is dat 44,7%. Sinds 1988 daalt het aantal cliënten onder justitiële druk. In 1988 bedroeg dit cijfer 57,7% van het cliënteel, in 1993 47,6%. De meest voorkomende vorm van justitiële druk is 'zaken in behandeling' (1995: 19,6%). Op de tweede plaats komt 'probatie' (1995: 14,1%), gevolgd door 'voorwaardelijke invrijheidsstelling' (1995: 6,3%). Het aantal cliënten onder 'zaken in behandeling' nam toe tijdens de eerste drie jaren van de registratie, maar daalde nadien om in 1994 opnieuw toe te nemen. Het aantal mensen onder 'probatievoorwaarden' schommelde lichtjes. Bij degenen die 'voorwaardelijk vrij' zijn, zijn er grotere verschillen tussen de jaren te noteren, zonder van een daling of stijging te mogen spreken. Het aantal mensen 'onder de jeugdrechter' blijft vooral in de jaren '90 beperkt. In 1995 bedroeg dit percentage slechts 3,1%.

10. Voornaamste product sinds 1988.

Het aantal cliënten met **alcohol** als voornaamste product schommelt tussen de 5,7% en 22,1% sinds 1988 (zie tabel 9). De range bedraagt 16,4%. Er zijn dus aanzienlijke verschillen over de jaren. Tijdens de eerste drie jaren van de registratie was voor een vijfde van de opgenomen cliënten alcohol de reden voor opname. In 1991 daalde dit percentage tot 14,7%. In de daarop volgende jaren daalde het aantal opgenomen personen met alcohol als primaire problematiek tot 6% in 1995. Het aantal opgenomen personen dat **dempende medicatie** als voornaamste product aanduidt, kent ook grote schommelingen over de jaren heen. We noteren percentages gaande van 1,8% in 1995 tot 12,1% in 1988. Het aantal opnames omwille van **illegale middelen (drugs)** neemt daarentegen toe: van tweederde van alle opnames in 1988 tot negen op tien opnames in 1995.

Tabel 9: Het gebruik volgens het voornaamste product (de crisis- en behandelingscentra tesamen), uitgedrukt in percentages.

soort drug	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
alcohol	19,2	22,1	20,0	14,7	8,8	6,4	5,7	6,0
dempende medicatie	12,1	7,5	7,5	4,1	2,4	2,0	2,6	1,8
drugs	66,4	69,8	71,8	80,7	88,9	91,4	91,7	92,2
andere	2,3	0,6	0,7	0,4	-	0,2	-	-
totaal	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**

Binnen de categorie opnames omwille van problematisch druggebruik stellen we een aantal verschuivingen vast naar soort product (zie tabel 10). **Opiaten** vormen de grootste groep onder alle illegale middelen. Over de 8 jaar is dit een gemiddelde van 75% van alle illegale middelen. In 1988 was dit 60% van de groep van patiënten opgenomen omwille van illegale drugs. Dit aantal steeg tot 80% in 1991, maar daalde daarna opnieuw tot ongeveer 60% in 1995. De tweede grootste illegale drug over een periode van 8 jaar vormen **stimulantia.** Gemiddeld gaat het over 14,8% van de groep van druggebruikers. De eerste 4 jaren van de registratie daalt het aantal cliënten met stimulantiagebruik tot het niveau van 8,1% dat wordt bereikt in 1991 om daarna weer te stijgen in 1995 tot 19,0%. De opnames omwille van **cocaïnemisbruik** bedroeg gemiddeld 7,6%. Het aantal per jaar schommelde tussen de 4,8 en 11,9%. Een opname omwille van **cannabismisbruik** komt veel

minder voor. Gemiddeld is dat 4,4% van de gevallen. Enkel in 1988 liep dit percentage op tot 10%. Opnames omwille van andere illegale middelen zoals **hallucinogenen** komen nauwelijks voor. In 1995 bedroeg dit percentage 1,4% van het totaal aantal opnames omwille van illegaal druggebruik.

Tabel 10: De voornaamste drugsoort waarvoor men wordt opgenomen (crisis- en behandelingscentra tesamen), uitgedrukt in percentages.

soort drug	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
stimulantia	13,6	13,3	13,7	8,1	14,5	18,2	18,0	19,0
cocaine	7,8	5,6	7,6	6,2	4,8	5,6	10,9	11,9
opiaten	67,2	77,6	75,4	81,5	77,3	72,8	65,1	63,3
cannabis	10,0	3,1	2,6	3,9	2,8	2,9	5,1	4,5
hallucinogenen	1	0,4	0,7	0,2	0,5	-	0,9	1,4
snuifmiddelen	0,5	-	-	-	-	0,2	-	-
totaal	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**

11. Totaal gebruik (maximum 3 producten) sinds 1988.

Onderzoeken we het totaal gebruik (maximum 3 producten) van het cliënteel sinds 1988, dan valt op dat gemiddeld een kwart van de populatie een behandeling vraagt voor **alcohol.** Het aandeel personen in behandeling voor alcoholmisbruik bleef echter niet stabiel over de jaren heen (zie tabel 11). In 1988 bereikte dit percentage de 43%. Daarna constateren we een daling van alle personen behandeld voor problematisch alcoholgebruik. In 1995 bedraagt dit percentage nog om en bij de 18%. Een derde van de populatie is in behandeling voor **dempende medicatie.** Ook hier zijn fluctuaties te bespeuren voor de verschillende jaren. Een kwart van de cliënten komt in aanmerking voor de behandeling van **stimulantiamisbruik**. In 1990 (8,7%) en 1991 (7,4%) constateerde men een lager aantal personen in behandeling, terwijl dit percentage in 1995 opliep tot 36%.

Tabel 11: Het totaal gebruik (max=3) (crisis- en behandelingscentra tesamen), uitgedrukt in percentages.

soort drug	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
alcohol	43,0	37,5	15,7	12,4	22,7	17,7	18,0	18,2
dempende medicatie	40,3	35,2	13,6	15,7	32,9	30,2	33,0	31,1
stimulantia	27,1	26,6	8,7	7,4	27,3	19,0	28,4	36
cocaïne	23,9	33,8	14,5	15,2	40,2	46,5	51,5	49,9
opiaten	53,3	63,2	30,1	31,3	73,8	72,2	63,2	65,2
cannabis	33,1	37,5	14,4	16,8	39,0	36,4	43,0	44,4
hallucinogenen	6,1	3,5	2,1	1,2	8,9	7,6	9,9	9,2
snuifmiddelen	2,1	0,6	0	0	0,3	0,1	0,1	0,2

Meer dan een derde van het cliënteel komt in aanmerking voor een behandeling voor cocaïnemisbruik. Dit aantal is vanaf 1992 toegenomen. In 1994 en 1995 gaf de helft van het cliënteel aan problemen te hebben met cocaïnegebruik. De meeste personen echter vragen een behandeling voor **opiaten.** Over de 8 jaar onderging iets meer dan de helft van de cliënten een dergelijke behandeling. Deze proportie bleef echter niet stabiel over de beschouwde periode. In 1992 werd het hoogste cijfer opgetekend: ongeveer drie vierde van de cliënten had problemen met opiatenmisbruik. De daarop volgende jaren daalde dit aantal, maar niet tot op het niveau van de periode 1990-1991. Voor het jaar 1995 telde men 65,2% cliënten

voor een behandeling voor opiatenmisbruik. Bij iets meer dan een derde van de populatie was er sprake van problematisch gebruik van **cannabis**. Het aantal behandelingen voor dit middel was eveneens aan schommelingen onderhevig. In 1990 was er een daling tot 14,4%. In 1995 tekenden we een stijging op tot 44,4%. Het gebruik van hallucinogenen en snuifmiddelen is blijkbaar minder problematisch. In 1995 bedroegen deze percentages respectievelijk 9,2% en 0,2%. De aanvragen voor een behandeling voor hallucinogenenmisbruik zijn sinds 1991 fors gestegen: van 1,2% in 1991 tot 9,2% in 1995.

Wat het totale gebruik betreft waarvoor personen worden opgenomen, kunnen we volgende conclusies trekken:
- de aanvragen voor een behandeling voor alcoholmisbruik neemt af. (gemiddeld percentage cliënten voor de periode 1988-1995: een vierde)
- de aanvragen voor een behandeling voor het misbruik van dempende medicatie bleef na 1991 redelijk stabiel (gemiddeld percentage cliënten: ongeveer éénderde)
- de aanvragen om stimulantiaproblemen op te lossen, stijgt vanaf 1991 (gemiddeld percentage cliënten:een kwart)
- de aanvragen voor een behandeling voor cocaïnemisbruik stijgt ook na 1991 (gemiddeld percentage cliënten: een derde)
- de aanvragen voor een behandeling voor opiatenmisbruik daalt langzaam na een top in 1992 (gemiddeld percentage cliënten: iets meer dan de helft)
- de aanvragen voor een behandeling voor het problematisch gebruik van cannabis steeg na 1991 (gemiddeld percentage cliënten: ongeveer één derde)
- de aanvragen voor een behandeling voor hallucinogenenmisbruik zijn sinds 1993 fors gestegen (gemiddeld percentage cliënten: 6%)

<u>12. Frequentie van het gebruik van illegale drugs sinds 1988.</u>
De overgrote meerderheid van de opgenomen cliënten gebruikte dagelijks. Over de 8 jaar gaat dat over gemiddeld 85%.

<u>13. Leeftijd eerste gebruik van het voornaamste product</u>
Over de 8 jaar heen werd in de crisiscentra gemiddeld op 18,8 jaar begonnen met het gebruik van het eerste product. In 1990 noteerde men de hoogste gemiddelde beginleeftijd. Deze bedroeg 19,7 jaar. De cliënten van de behandelingscentra hebben over de ganse lijn een iets lagere beginleeftijd. Gemiddeld is deze 18,3 jaar.

<u>14. Duur van het gebruik van het voornaamste product</u>
Gemiddeld gebruikten de cliënten reeds 7 jaar hun voornaamste product.

3.2.2. Zesde drugsregistratie via de parketten van Vlaanderen en Brussel, 1996.

Bron: K. De Groote, G. Van Hal, P. Van Damme, (vakgroep epidemiologie en sociale geneeskunde: UIA) en K. Van Cauwenberghe, (rechtbank van eerste aanleg). Registratie en retrospectief onderzoek van druggebruikers in 12 parketten in Vlaanderen en Brussel, 1996.

1. Doelstelling.

Deze registratie van zowel minderjarige als meerderjarige druggebruikers heeft als doel een beeld te vormen van de kenmerken van deze druggebruikers die geverbaliseerd werden door één of andere politiedienst[7]. Deze cijfers zijn een goede weerspiegeling van de activiteit van de politiediensten en de parketten terzake. Als dusdanig zijn ze representatief voor deze instanties. Deze cijfers zijn echter in mindere mate een weerspiegeling van het druggebruik van de bevolking. Vandaar dat deze gegevens veeleer als statistische gegevens dan als epidemiologische gegevens moeten beschouwd worden.

2. Methode.

Tussen 10 september en 10 december 1995 werd in elk deelnemend Parket voor iedere geverbaliseerde druggebruiker een registratieformulier ingevuld aan de hand van het proces-verbaal. Aan dit onderzoek namen elf van de dertien Vlaamse Parketten en het Brusselse Parket deel. Het initiatief ging oorspronkelijk uit van het Parket van Antwerpen, SODA (Stedelijk Overleg Drugs Antwerpen) en de dienst Epidemiologie en Sociale Geneeskunde (UIA). Deze laatste twee instanties stonden in voor de verwerking van de gegevens. In het totaal werden 3.263 ingevulde registratieformulieren opgehaald. Na uitzuivering voor alle dubbeltellingen werden 3.181 bruikbare registratieformulieren opgenomen voor analyse.

3. Kenmerken van de onderzoekspopulatie.

3.1. Spreiding van het aantal geregistreerde druggebruikers over de Parketten.
De Parketten van Brussel (865 gebruikers) en Antwerpen (893 gebruikers) registreerden samen ongeveer de helft van de totale populatie, net als de voorgaande jaren (zie tabel 12). Bij de Parketten Antwerpen, Brussel, Gent, Dendermonde, Hasselt en Leuven merken we een belangrijke stijging op van het aantal geregistreerde druggebruikers. In het geval van Dendermonde en Leuven mogen we zelfs spreken van een verdubbeling ten aanzien van het vorig jaar. Het aantal geregistreerde druggebruikers in Turnhout daarentegen is gehalveerd.

---

[7] Onder deze verschillende politiediensten verstaan wij: Stedelijke politie, Gerechtelijke politie, Spoorwegpolitie, Zeevaartpolitie, Douane of Rijkswacht.

Omdat het enkel gaat over druggebruikers die met justitie in contact zijn gekomen, is het verkeerd te besluiten dat het aantal druggebruikers in het algemeen jaarlijks toeneemt. De efficiëntie waarmee de registratie of de opsporing wordt uitgevoerd kan door de jaren heen zijn opgedreven, wat een andere reden kan zijn voor de stijging van het aantal geregistreerde druggebruikers.

Tabel 12: Verdeling van het aantal druggebruikers over de verschillende parketten over de laatste drie jaren (1993-1995), uitgedrukt in absolute aantallen en percentages.

parket	aantal registraties in 1993		aantal registraties in 1994		aantal registraties in 1995	
	N	%	N	%	N	%
Antwerpen	548	23,2	491	20,1	893	28,1
Mechelen	123	5,2	132	5,4	118	3,7
Turnhout	131	5,5	238	9,8	129	4,1
Brussel	912	38,6	579	3,8	865	27,2
Gent	192	8,1	192	7,9	338	10,6
Ieper	30	1,3	18	0,7	19	0,6
Dendermonde	85	3,6	160	6,6	307	9,7
Hasselt	181	7,7	170	7	219	6,9
Leuven	129	5,5	74	3	144	4,5
Oudenaarde	32	1,4	50	2,1	47	1,5
Kortrijk	nvt	nvt	77	3,2	69	2,2
Veurne	nvt	nvt	11	0,5	33	1
Tongeren	nvt	nvt	191	7,8	nvt	nvt
Brugge	nvt	nvt	54	2,2	nvt	nvt
totaal	**2.636**	**100**	**2.437**	**100**	**3.181**	**100**

noot: nvt = niet van toepassing

Daarnaast blijkt dat het percentage minderjarige druggebruikers eerder hoog is in Hasselt (28,3%), Ieper (27,8%), Kortrijk (30,9%) en Veurne (22,6%), terwijl in Brussel (99,3%) en Leuven (97,2%) het merendeel meerderjarige druggebruikers zijn. Het middelengebruik is ook verschillend van parket tot parket. Dit kan te wijten zijn aan het feit dat in het grondgebied van de verschillende parketten er een ander patroon van druggebruik is en/of dat de inspanningen van politie en parket zich specifiek richten op bepaalde soorten drugs. Zo wordt het gebruik van XTC vooral geregistreerd in Mechelen en Ieper, terwijl het gebruik van heroïne en cocaïne eerder in Brussel wordt gesignaleerd.

3.2. Geslacht en leeftijd van de geregistreerde druggebruikers.

De onderzochte populatie van 3.181 personen telde 397 vrouwen (12,5%) en 2.784 mannen (87,5%). Hieruit blijkt dat vrouwen een veel kleinere groep druggebruikers vormen die in contact komen met het parket, ten opzichte van mannen. Het zijn vooral de 18- tot 24-jarigen die ruim de helft van het totaal aantal geregistreerde druggebruikers uitmaken (zie tabel 13). Zij zouden zich beter kunnen verplaatsen dan de jongere leeftijdsgroepen om zich te bevoorraden. Bijgevolg worden zij beter in het oog gehouden door politie en parketten dan andere leeftijdsgroepenrd en hebben zij een grotere kans om gepakt te worden.

Bijna 1 op 8 van alle geregistreerde druggebruikers is jonger dan 18 jaar. Vanaf de leeftijd van 21-24 jaar echter neemt het aantal geregistreerde druggebruikers af. De gemiddelde leeftijd schommelt dan ook rond de 23 jaar (standaardafwijking = 6 jaar en 9 maanden)[8]. In vergelijking met de vorige drugregistraties neemt het aantal druggebruikers van minder dan 16 jaar en deze tussen de 18 en de 20 jaar toe. In de groepen van 16 tot 17 jaar en van 21 tot 24 jaar daarentegen daalde het aantal geregistreerde druggebruikers.

Tabel 13: Leeftijd en geslacht van de geverbaliseerde druggebruikers, uitgedrukt in absolute aantallen en percentages.

leeftijdscategorie	mannen		vrouwen		totaal	
	N	%	N	%	N	%
< 16 jaar	91	3,3	27	6,8	118	3,7
16-17 jaar	224	8,1	43	10,8	267	8,4
18-20 jaar	902	32,6	108	27,2	1.010	31,9
21-24 jaar	732	26,4	82	20,7	814	25,7
25-29 jaar	427	15,4	72	18,1	499	15,8
> 29 jaar	394	14,2	65	16,4	459	14,5
totaal	**2.770**	**100,0**	**397**	**100,0**	**3.167**	**100,0**

De relatie tussen leeftijd en het aantal geregistreerde druggebruikers, zoals gevonden in 1995, gaat bovendien op voor zowel mannen als vrouwen (zie tabel 13). Alleen is het percentage druggebruikers bij de vrouwen tot en met 17 jaar en in de oudste leeftijdsgroep vanaf 25 jaar groter dan bij de mannelijke druggebuikers. Verder worden de verschillen naar leeftijd voor mannen en vrouwen voor het geregistreerd druggebruik significant geacht.

3.3. Verblijfplaats en vroeger contact met de justitie van de geregistreerde druggebruikers.

12% (N=373) van het totaal aantal geregistreerde druggebruikers heeft een verblijfplaats in het buitenland in 1995. Er zijn 1.033 personen (32,5%) die reeds één keer voordien in contact kwamen met justitie en 267 personen (8,4%) die verschillende malen in contact kwamen met justitie omwille van druggebruik in 1995. Mannen zijn relatief vaker reeds eerder geverbaliseerd voor druggebruik (circa 37%) dan vrouwen (circa 27%). Bovendien heeft een groter percentage van hen reeds meerdere contacten met het gerecht gehad. Leeftijd speelt zoals te verwachten, ook een bepalende rol. Vooral de druggebruikers ouder dan 18 jaar (1 keer: gemiddeld 28,4%) zijn al eens eerder opgepakt wegens druggebruik. Het aantal contacten met justitie neemt toe met de leeftijd.

[8] De standaardafwijking is het meest gebruikte kengetal voor spreiding. De standaardafwijking van een reeks getallen (scores) geeft aan in hoeverre de scores van elkaar en van het gemiddelde afwijken. Hoe groter de standaardafwijking, des te meer verschillen de scores onderling en des te minder scores er gelijk zullen zijn aan het gemiddelde. Bij een normale verdeling geldt bovendien dat 68% van alle scores ligt tussen het gemiddelde plus en min één standaardafwijking. In dit geval geldt dat 68% van alle geregistreerde druggebruikers zich bevindt tussen 16 jaar en 3 maanden en 29 jaar en 9 maanden. (In: A. Slotboom. Statistiek in woorden. De meest voorkomende termen en technieken. Groningen, Wolters Noordhoff, 1996, p. 258-260.)

3.4. Druggebruik.
Bij de geverbaliseerde personen in 1995 wordt cannabis nog steeds het meest gebruikt (66,1%), daarna heroïne (15,6%), XTC (11,9%), amfetamine (10,3%), cocaïne (7,9%) en LSD (2,4%). Het gebruik van snuifmiddelen, methadon en andere opiaten komt niet zo veel voor (minder dan 1%). In vergelijking met de resultaten van de voorgaande jaren neemt het gebruik van hard drugs zoals heroïne en cocaïne elk jaar af. Het gebruik van amfetamines is sedert 1992 aan het dalen. XTC dat de laatste jaren een grote opgang kende, lijkt nu wat af te nemen, terwijl het gebruik van hallucinogenen zoals LSD de laatste jaren redelijk stabiel blijft.

3.5. Druggebruik naar leeftijd en geslacht.
Opgesplitst naar leeftijd valt het op dat cannabis in elke leeftijdscategorie het meest wordt gebruikt (zie tabel 14). Vooral in de leeftijdsgroep van jonger dan 16 tot 20 jaar is het percentage dat cannabis gebruikt hoog (om en bij de 75%). Heroïne- (ongeveer 32%) en cocaïnegebruik (ongeveer 14%) komt eerder in de oudere leeftijdsgroepen (vanaf 25 jaar) voor. Daarnaast is het wel zeer opvallend dat toch nog 6% van de geregistreerde jongeren beneden de 16 jaar experimenteert met een hard drug zoals heroïne.

Amfetamine wordt relatief meer gebruikt bij leeftijdsgroep tussen de 18 en de 29 jaar. XTC daarentegen is heel populair bij de jongeren van 16 tot 24 jaar. In deze periode wordt er immers veel uitgegaan. Methadon is dan weer een product dat vooral in de hogere leeftijdsgroepen gebruikt wordt. Voor alle producten, uitgezonderd voor LSD en medicatie, kan er een significant verband gevonden worden tussen het gebruik van drugs en de leeftijd.

Tabel 14: De meest gebruikte producten naar leeftijd, uitgedrukt in percentages.

drugsoort	**< 16 jaar (N=119)**	**16-17 jaar (N=257)**	**18-20 jaar (N=990)**	**21-24 jaar (N=802)**	**25-29 jaar (N=486)**	**> 29 jaar (N=456)**
cannabis	79,83	79,38	74,55	66,71	53,70	50,88
heroïne	6,72	0,78	5,86	13,59	33,33	32,02
cocaïne	3,36	1,17	3,84	7,36	12,96	16,89
amfetamine	4,20	5,84	10,51	12,22	11,11	7,89
XTC	8,40	14,79	14,34	12,84	9,26	6,58
methadon	0,00	0,00	0,30	0,37	3,09	1,10
LSD	2,52	2,72	2,73	2,87	1,03	1,54
medicatie	0,84	0,39	1,21	1,00	1,65	1,54
totaal	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**

Bij een verdere analyse blijkt dat bij de geverbaliseerde personen, afhankelijk van het product, de verschillende illegale drugs meer genomen worden door het ene geslacht, dan door het andere. Zo wordt cannabis relatief vaker gebruikt door mannen (m: 67,9% en v: 53,9%%), terwijl cocaïne (m: 7,0% en v: 13,9%), heroïne (m: 14,9% en v: 19,6%) en methadon (m: 0,6% en v: 2,0%) relatief meer vrouwelijke gebruikers kennen. Vrouwen worden dus, ondanks hun kleine aantal, relatief meer gearresteerd wegens harddrugs dan mannen. Dit zou volgens de auteurs kunnen betekenen dat vrouwen die softdrugs gebruiken minder in contact

komen met de politionele diensten. Voor de overige producten kan er geen belangrijk verschil worden aangetoond in het gebruik door mannen en vrouwen.

3.6. Polydruggebruik naar leeftijd en geslacht.

Naast het soort gebruik ging men ook na of men meerdere producten gebruikt. De meest voorkomende combinatie is deze van cannabis tesamen met een ander product. Het aantal druggebruikers dat twee of meer producten combineert, is lichtjes gedaald in vergelijking met 1991. In 1995 zou 83,1% van de druggebruikers (N=2.502) zich beperken tot één product. De overige gebruikers (26,9%) combineren dus twee of meer drugs. De relatie tussen leeftijd en het aantal gebruikte drugs is hier significant. Het aantal monodruggebruikers is hoger in de jongere leeftijdsklassen, maar het aantal polydruggebruikers is hoger bij de oudere leeftijdsgroepen. Misschien leidt langdurig druggebruik volgens de auteurs tot gewenning en geeft dit aanleiding tot het combineren van verschillende producten. Behalve de relatie met leeftijd werd ook de relatie met geslacht onderzocht. Er kon echter geen statistisch verband worden aangetoond tussen het aantal producten dat men combineert en het geslacht.

3.2.3. De druggebruiker in contact met de rijkswacht doorgelicht.

Bron: Luitenant M. Ost en I. Goegebeur. De druggebruiker in contact met de rijkswacht doorgelicht. Brussel, Rijkswacht, Centraal Bureau der Opsporingen, Programma drugs, 1996.

1. Doelstelling.

Aan de hand van deze studie probeerde de rijkswacht inzicht te verschaffen in het profiel van de personen, in het bezit van drugs, die in aanraking kwamen met de rijkswacht van 1 juni 1996 tot en met 31 augustus 1996. Ze gingen in op het aantal onder hen met een penitentiair verleden of heden. Ook onderzochten ze het drugtoerisme en de eventuele invloed van drugs op de verkeersveiligheid. Het doel was om het politioneel optreden te verbeteren.

2. Methode.

Om een zuiver representatief beeld te verkrijgen van de druggebruikers en de drugtrafikanten is het aangewezen om een populatiebevraging uit te voeren. Dit was praktisch niet mogelijk. Daarom werd via rijkswachters op het terrein de druggebruiker benaderd. De districten werden via een trossteekproeftrekking gekozen. Er werd gestratificeerd naar urbanisatiegraad. Dit leverde de volgende districten op: Brussel, Genk, Gent, Luik, Verviers, Aarlen en Brugge. Met standaardformulieren en een bijgevoegd enquêteformulier werd er gepeild naar het persoonsprofiel, de socio-economische en eventueel criminele achtergrond van de persoon. De formulieren werden samen met de enquête opgestuurd naar het Centraal Bureau der Opsporingen (CBO) waarna de personen op hun criminele achtergrond werden gecheckt. Er zijn in het totaal 821 bruikbare formulieren toegekomen.

3. Resultaten.

3.1. Achtergrondvariabelen.

In de totale groep van personen die geïnterpelleerd zijn in verband met drugs zitten meer mannen (90,6%) dan vrouwen (9,4%). De gemiddelde leeftijd schommelt rond de 22,9 jaar. De meerderheid is Belg (58,5%), gevolgd door Fransen (18,8%), Marokkanen (8,2%), Duitsers (3,4%), Italianen (3,2%), Nederlanders (1,2%), Turken (1,1%), Spanjaarden (1,1%) en tenslotte Britten (1%). De som van het aantal personen met een niet-Belgische nationaliteit is 41,5%. Een mogelijke verklaring voor dit relatief hoge percentage is de hogere vreemdelingenconcentratie in Brussel en Luik.

Wat de burgerlijke staat betreft, is de overgrote meerderheid niet gehuwd (91,3%). Slechts 5,6% is getrouwd en 3,1% is gescheiden.

Gegevens over het beroep van de dader leveren de volgende resultaten op: iets meer dan een derde is student, eenzelfde proportie is werkloos en ongeveer een kwart is arbeider. 7 van de 10 geïnterpelleerde personen hebben ten hoogste het lager of hoger secundair onderwijs gevolgd. Ongeveer een achtste heeft enkel het lager onderwijs genoten en een kleine 7% heeft hoger onderwijs gevolgd.

3.2. Drugfeiten en andere criminaliteit.

In deze paragraaf gaan we na hoeveel personen, buiten het drugfeit waarvoor ze geïnterpelleerd zijn, reeds gekend zijn voor andere feiten. In dit onderzoek zijn er slechts 391 (47,6%) van de 821 geïnterpelleerde personen bij de rijkswacht bekend. Men weet niet wat er eerst was, het drugfeit of de andere criminele feiten.
In tabel 15 worden het aantal feiten weergegeven van de personen die gekend zijn.

Tabel 15: Het aantal feiten van de geïnterpelleerde personen die gekend zijn bij de rijkswacht, uitgedrukt in absolute aantallen en percentages.

aantal feiten	absoluut aantal personen	percentage
1 tot 3	260	66,5
4 tot 9	84	21,5
10 en meer	47	12,0
totaal	**391**	**100,0**

De gekende personen die één tot drie misdrijven gepleegd hebben, vormen twee derde van de groep. Zij die vier tot negen feiten gepleegd hebben, maken een vijfde uit van het totaal, terwijl een achtste bekend staat voor meer dan 10 gepleegde feiten. Drugfeiten, misdrijven tegen eigendommen, de feiten wapens en munitie en slagen en verwondingen komen het meeste voor.

3.3. Drugtoerisme.

Onder drugtoerisme verstaat men de verplaatsing naar Nederland om er een hoevelheid drugs aan te kopen en/of ter plaatse te gebruiken en daarna met dezelfde of een kleinere hoeveelheid terug naar het thuisland te keren. In het onderzoek werden 543 personen of twee derde van het totaal aantal geïnterpelleerden beschuldigd voor drugtoerisme. In tabel 16 geven we voor de meest voorkomende nationaliteiten het aantal drugtoeristen weer.

Tabel 16: De verhouding tussen het aantal drugtoeristen en het totaal aantal geïnterpelleerde personen, opgesplitst naar geslacht en uitgedrukt in absolute aantallen en percentages.

nationaliteit	totaal aantal geïnterpelleerden (a)	totaal aantal drugtoeristen (b)	percentages verhouding b/a
Belgen	480	288	60,0
Fransen	154	144	93,5
Marokkanen	67	25	37,3
Duitsers	28	26	92,8
Italianen	26	16	61,5

60% van de geïnterpelleerde Belgen deed aan toerisme. Bijna alle Fransen en Duitsers die geïnterpelleerd zijn, deden ook aan drugtoerisme. Zij doen België aan als passage. Dit geldt in mindere mate voor de Italianen en Marokkanen. Twee derde van de drugtoeristen had marihuana bij zich, de helft hasj, 7,2% heroïne, 5% cocaïne en nog eens 5% XTC.

3.2.4. Registratie oproepen Druglijn 1994-1995.

Bron: De Druglijn. Jaarverslag 1995. Brussel, VAD-Druglijn, 1996.
Bron: De Druglijn. Jaarverslag 1996. Brussel, VAD-Druglijn, 1997.

1. Ontstaan.

De Druglijn is ontstaan in 1994 om een antwoord te bieden voor de vele vragen over alcohol, medicatie en drugs bij de Vlaamse bevolking. Via het groene nummer van de Druglijn komt de oproeper in contact met een team van vrijwilligers die antwoord bieden op vragen naar hulp bij probleemsituaties (1996: 45%), naar preventieve aanpakken (1996: 44%) of over de producten zelf (1996: 56%). Alle gesprekken zijn anoniem. De effectieve gesprekken worden allemaal geregistreerd met onder meer gegevens als tijdstip van de oproep, kernvraag, leeftijd, geslacht, soort product, provincie van de oproeper.

2. Het aantal oproepen en effectieve gesprekken.

Tabel 17: Het totaal aantal oproepen en effectieve gesprekken, uitgedrukt in absolute aantallen en percentages.

soort oproepen	1994[9]	1995		1996	verschil tav vorig jaar	
tot. aantal oproepen	2.085	7.758	+ 5.673	10.187	+ 2.429	(+ 131%)
tot. aantal effectieve gesprekken	1.261	2.993	+ 1.732	4.485	+ 1.492	(+ 149%)
tot. aantal effect. gesprekken/ tot. aantal oproepen	60,5%	38,6%		44%		(+ 114%)

Uit tabel 17 leiden we af dat het aantal oproepen in 1996 fors is gestegen. Deze stijging is te danken mede door een grotere bekendmaking van de Druglijn bij het grote publiek maar ook door een verschuiving van de permanentie-uren van 12 uur tot 21 uur. Het aantal effectieve gesprekken[10] is in 1996 in absolute waarden ongeveer verdubbeld in vergelijking met het jaar daarvoor. Uitgedrukt in relatieve aantallen steeg de proportie effectieve gesprekken van 38,6% in 1995 naar 46% in 1996.

[9] De gegevens van 1994 startten slechts vanaf april. Uiteraard vormt dit jaar een manke basis om te vergelijken. Vandaar dat we 1995 als referentiejaar nemen.

[10] Onder 'effectieve gesprekken' verstaan wij deze oproepen die werkelijk een gesprek opleveren. Een deel van de oproepen komt immers binnen op momenten dat de Druglijn niet geopend is. Daarnaast hebben we te maken met neptelefoons, stiltes, seksbellers, enz..

3. Het profiel van de drugbeller.

Meer vrouwen (58,7%) dan mannen (41,3%) belden in 1996 naar de Druglijn. Deze geslachtsverschillen deden zich ook voor in 1994 en 1995. Het verschil tussen het aantal mannelijke en vrouwelijke bellers wordt relatief gezien wel groter (1995: v: 56,1% en m: 43,9%). Het aantal mannelijke bellers neemt af. Naar leeftijd zijn het vooral de groep van 16 tot 20 jaar (21,1%) en deze van 36 tot 45 jaar (24,5%) die in het oog springen. Nader onderzoek wijst uit dat het hier enerzijds om jonge gebruikers gaat, terwijl de tweede groep eerder (ongeruste) ouders zijn (zie tabel 18). Van de ouders die naar de Druglijn bellen, gaat het in 77,9% van de gevallen om de moeder. Het merendeel van de jonge gebruikers zijn mannen tussen 16 en 25 jaar. Het aandeel van de jongeren onder de 16 jaar dat naar de Druglijn belde, is bovendien gestegen van 3% in 1994, naar 5% in 1995, naar 7,3% in 1996. Deze cijfers laten ons vermoeden dat jongeren meer en meer op jongere leeftijd geconfronteerd worden in de meest brede zin van het woord, met drugs.

Tabel 18: De presentatiewijze van de beller in 1996, uitgedrukt in absolute aantallen en percentages.

presentatiewijze	absolute aantallen	percentages
gebruiker	1.164	27,2
ouder	1.075	25,1
kind	53	1,2
partner	254	5,9
familielid	281	6,6
vriend(in)	328	7,7
intermediair vrije tijd	65	1,5
intermediair arbeid	120	2,8
intermediair school	486	11,3
intermediair preventie/hulpverlening	183	4,3
geïnteresseerde	216	5,0
anders	61	1,4
onbekend	99	3,6
totaal	**4.446**	**100,0**

Het is opvallend dat het merendeel van de bellers (72,8%) tot de niet-gebruikers behoort (zie tabel 18). Splitsen we de niet-gebruikers op naar soort beller dan vormen de ouders de grootste groep met 25,1%. 21,4% behoort tot de groep van de overige familieleden of bekenden. In één gesprek op vijf presenteerde men zich als tussenpersoon of intermediair in school-, werk- of hulpverleningsverband. In vergelijking met de voorgaande jaren zijn er weinig verschillen op te merken naar soort beller.

Tabel 19: Het soort drug waarover men het meeste belt, voor de periode 1994-1996, uitgedrukt in percentages.

soort drug	1994	1995	1996
cannabis	40,1	37,7	30,5
speed	10,6	13,3	12,5
XTC	9,9	9,3	12,4
alcohol	11,9	8,1	11,1

Als het gesprek over producten handelt, gaat het in 30% van de gevallen over cannabis (zie tabel 19). In 1994 maakte cannabis nog 40% uit van de gespreksonderwerpen en in 1995 nog 37,7%. XTC lijkt daarentegen in de lift te zitten. In 1996 belde 12% van de oproepers over XTC in vergelijking met 9% in de voorgaande jaren. Ook vragen over cocaïne worden door een groter aantal oproepers gesteld: van 5% in 1994 naar 5,6% in 1995, naar 6,7% in 1996. In veel mindere mate wordt er informatie ingewonnen omtrent opium, morfine, methadon en medicatie. Mede door de verhoogde mediabelangstelling over ecodrugs in 1996 is het aantal vragen hierover relatief gezien het meest gestegen van 0,5% in 1995 naar 3,3% in 1996. In het totaal ging 5,4% van de vragen over medicatie tegenover 4,5% in 1995. De meest vragen werden gesteld over kalmeermiddelen (65%), gevolgd door slaapmiddelen (15%), pijnstillers (12%) en pepmiddelen (8%).

4. Officiële statistieken.

4.1. Alcohol.

4.1.1. Gebruik en economische aspecten.

4.1.1.1. Schatting van het jaarlijks alcoholgebruik per inwoner.

Bron: World Drink Trends 1996. International Beverage Consumption and Production Trends. Oxfordshire, NTC Publications Limited, Produktschap voor Gedistilleerde Dranken, 1996.

Tabel 1: Per capita consumptie van alcoholische dranken door de Belgische bevolking.

jaar	sterke drank (liter pure alcohol)	bier (liter)	wijn/aperitief (liter)	totaal (liter pure alcohol)
1985	2,12	121,0	22,7	**10,5**
1986	1,98	119,8	21,7	**10,3**
1987	2,15	121,1	23,0	**10,7**
1988	1,52	118,6	23,2	**10,0**
1989	1,24	114,9	23,0	**9,5**
1990	1,20	120,7	24,9	**9,9**
1991	1,17	111,3	23,9	**9,4**
1992	1,20	112,0	24,8	**9,6**
1993	1,20	109,5	25,6	**9,6**
1994	1,20	106,0	24,0	**9,2**
1995	1,10	104,0	25,0	**9,1**

Bron: *World Drink Trends 1996. International Beverage Consumption and Production Trends.* Oxfordshire, NTC Publications Limited, Produktschap voor Gedistilleerde Dranken, 1996.

De totale gemiddelde consumptie van alcohol is in 1995 verder gedaald (zie tabel 1). Bekijkt men de consumptie van sterke drank, bier, wijn en aperitief apart, dan kan men deze dalende lijn op elk front doortrekken, de consumptie van wijn en aperitief uitgezonderd. We dienen echter een zeer belangrijke nuancering te maken bij de interpretatie van deze cijfers. Het hoofdelijk alcoholgebruik is immers een fictief gemiddelde, dat als zodanig niet representatief is voor de verschillende subgroepen van de drinkende bevolking. De bevolking omvat immers ook groepen van mensen die weinig of geen alcohol gebruiken, denken we maar aan zuigelingen en kinderen, zieken, geheelonthouders, enz. Voor de gemiddelde gebruiker is dergelijk gebruikscijfer dan ook een zekere onderschatting. Bovendien worden deze consumptiecijfers berekend op basis van de verkoopscijfers, wat eveneens een belangrijk nuancerend gegeven is voor de correcte interpretatie ervan.

Op de wereldranglijst inzake alcoholverbruik staat België in 1995:

■ als 6de genoteerd voor het verbruik van bier: 104 liter bier per hoofd van de bevolking in 1995, wat een daling inhoudt vergeleken met vorige jaren.

■ als 14de genoteerd voor het verbruik van wijn: 25,0 liter wijn per hoofd van de bevolking in 1995, wat een stijging betekent vergeleken met de vorige jaren.

■ als 35ste genoteerd voor het verbruik van sterke drank: 1,1 liter pure alcohol per hoofd van de bevolking in 1995, wat een stagnering betekent met de vorige jaren.

■ als 12de genoteerd voor het totaal verbruik van alcohol: 9,1 liter pure alcohol per hoofd van de bevolking in 1995, wat een lichte vermindering is ten opzichte van de voorgaande jaren.

De twaalf meest alcoholverbruikende landen volgens de wereldranglijst voor de periode 1993-1995 worden gepresenteerd in tabel 2.

Tabel 2: De twaalf meest alcoholverbruikende landen voor de periode 1993-1995, met gemiddelde hoeveelheid liter pure alcohol per capita.

land	gemiddelde hoeveelheid pure alcohol per capita, uitgedrukt in liter		
	1993	1994	1995
1. Luxemburg	12,0	11,9	11,6
2. Frankrijk	11,5	11,4	11,5
3. Portugal	10,7	10,8	11,0
4. Hongarije	10,2	10,3	10,2
5. Spanje	9,9	9,7	10,2
6. Tsjechië	9,6	10,1	10,1
7. Denemarken	9,7	9,9	10,0
8. Duitsland	10,4	10,3	9,9
9. Oostenrijk	10,1	9,8	9,8
10. Zwitserland	10,0	9,7	9,4
11. Ierland	8,3	8,6	9,2
12. België	9,6	9,2	9,1

Bron: *World Drink Trends 1996. International Beverage Consumption and Production Trends.* Oxfordshire, NTC Publications Limited, Produktschap voor Gedistilleerde Dranken, 1996.

De hoge positie van Luxemburg in deze rangordening heeft te maken met de schatting van de per capita consumptie aan de hand van verkoopscijfers. Veel van de in Luxemburg verkochte alcohol is immers bestemd voor onmiddellijke export naar andere landen.

4.1.1.2. Cijfers van de Confederatie der Brouwerijen van België.

Bron: Het Brouwersblad. Driemaandelijks tijdschrift. CBB, Jaargang 103, september 1996.

1. De evolutie van het aantal brouwerijen en hun productie in de 20ste eeuw.
Tabel 3 geeft een overzicht van het aantal brouwerijen en de bierproductie, de -import en de -export vanaf het begin van de 20ste eeuw. Vanaf 1910 tot de jaren '50 daalt het aantal brouwerijen geleidelijk. Vanaf dan wordt het aantal actieve brouwerijen (n=663) drastisch gereduceerd tot de helft van het aantal actieve brouwerijen (n=1.120) in het jaar 1939. Het aantal brouwerijen blijft verder dalen en loopt terug tot zo'n 130-tal. In 1995 blijft het aantal Belgische brouwerijen gelijk aan dat van 1994 (n=115). Toch is de productie nu nagenoeg even groot als in het begin van deze eeuw (zie tabel 3). Daar waar per brouwerij in 1900 gemiddeld 4.535 hl werd geproduceerd is dat in 1995 opgelopen tot 126 hl. De bierproductie in het algemeen is in de periode 1990-1995 wat teruggelopen, zij het met schommelende bewegingen.

Tabel 3: De evolutie van het aantal brouwerijen, de bierproductie, de bierimport en de bierexport in de twintigste eeuw.

jaar	aantal actieve brouwerijen	bierproductie in 1000 hl	bierimport in 1000 hl	bierexport in 1000 hl
1900	3.223	14.617	149	5
1910	3.349	16.019	272	9
1920	2.013	10.408	201	47
1930	1.546	16.099	228	10
1939	1.120	12.488	65	7
1950	663	10.140	97	5
1960	414	10.110	378	205
1970	232	13.015	739	973
1980	143	14.291	969	2.315
1985	132	13.931	623	2.632
1986	125	13.715	568	2.462
1987	126	13.987	565	2.635
1988	143	13.792	554	2.636
1989	128	13.164	642	2.394
1990	126	14.141	648	2.752
1991	121	13.799	459	3.145
1992	126	14.259	467	3.458
1993	106	14.182	454	3.776
1994	115	14.742	570	4.592
1995	115	14.488	558	4.532

Bron: CBB statistieken. In: *Het Brouwersblad.* Driemaandelijks tijdschrift. CBB, jaargang 103, september 1996.

Samen produceerden de 115 actieve brouwerijen in 1995 14.488.180 hl. Hiervan was 4.592.772 hl voor de uitvoer bestemd. Verder importeerde deze sector 557.534 hl extra. In het totaal was 10.720.000 hl bestemd voor de interne consumptie. Ten aanzien van 1994 betekende dit een daling van 2,5% voor de invoer en een daling van 1,31% voor de uitvoer van bier.

De import van bier kenmerkte zich in de loop van de 20ste eeuw door vrij schommelende bewegingen. De export van bier daartentegen kende een vrij gestadige groei. Zeker in de periode '60-'70 nam de export relatief gezien sterk toe (+ 474%). Het decennium naar de tachtiger jaren was nog goed voor een groei van 237% (van 973.000 hl in 1970 naar 2.315.000 hl in 1980).

2. De evolutie van het aantal drankgelegenheden en cafés.

In tegenstelling tot 1994 bracht 1995 een lichte daling van het aantal cafés in België: van 29.660 naar 29.084. Het aantal restaurants in vergelijking met 1994 zit daarentegen in de lift: van 20.145 naar 21.057. Volgens de Confederatie van de Belgische Brouwerijen daalde het aantal drankgelegenheden de afgelopen 19 jaar lichtjes. Het aantal cafés daalde met ongeveer een kwart. Hieruit kan afgeleid worden dat de afname van het aantal cafés voor een stuk werd goed gemaakt door de toename van andere drankgelegenheden, met name restaurants maar ook het succes van thuisverbruik is hier gedeeltelijk verantwoordelijk voor. Daarnaast zorgde de strengere reglementering van de BTW-vignetten voor de terugloop van het aantal cafés. Een uitbater die gerechten in zijn zaak aanbiedt, is verplicht om BTW-bonnetjes uit te schrijven. Op die manier krijgt zijn zaak het label van 'restaurant'. Anderzijds hebben de economische recessie en het strengere alcoholbeleid hun invloed op het bierverbruik op café.

3. Het aantal drankinrichtingen in 1995.

Tabel 4 : Het aantal drankinrichtingen in 1995 per provincie en per type.

provincie	hotel	restaurant	café	totaal horeca[1]
Antwerpen	151	3.474	4.578	**8.203**
Brabant	312	5.395	5.429	**11.136**
West-Vlaanderen	628	2.592	4.334	**7.554**
Oost-Vlaanderen	115	2.404	4.693	**7.212**
Henegouwen	79	2.032	3.720	**5.831**
Luik	227	2.160	2.316	**4.703**
Limburg	90	1.670	2.296	**4.056**
Luxemburg	215	490	673	**1.378**
Namen	113	840	1.045	**1.998**
totaal	**1.930**	**21.057**	**29.084**	**52.071**

Bron: NIS. In: *Het Brouwersblad.* Driemaandelijks tijdschrift. CBB, jaargang 103, september 1996.

De provincie Brabant heeft veruit het hoogste aantal drankgelegenheden, gevolgd door de provincie Antwerpen (zie tabel 4). Ze staan allebei respectievelijk nummer één en twee wat het aantal restaurants betreft. Qua hotels gaat de provincie West-Vlaanderen Brabant vooraf. Oost-Vlaanderen daarentegen telt het hoogste aantal cafés, gevolgd door Brabant.

[1] In het totaal van de horeca zijn behalve de genoemde drie drankinrichtingen ook nog de verkoop van dranken op de treinen gerekend. Vandaar dat de optelsom van de genoemde drie drankinrichtingen enigszins verschilt van het totaal gepresenteerd in kolom 5.

Tabel 5: Het aantal cafés in verhouding tot het aantal inwoners voor het jaar 1995.

provincie	verhouding aantal cafés tot het aantal inwoners in 1995
Brabant	1/421
- Brussel	1/416
- Vlaams-Brabant	1/375
- Waals-Brabant	1/699
Henegouwen	1/345
Luik	1/438
Limburg	1/338
Luxemburg	1/359
Namen	1/417
Antwerpen	1/356
Oost-Vlaanderen	1/288
West-Vlaanderen	1/259
België	**1/348**

Bron: CBB statistieken. In: *Het Brouwersblad*. Driemaandelijks tijdschrift. CBB, jaargang 103, september 1996.

Met 1 café op 259 inwoners ligt West-Vlaanderen op kop (zie tabel 5). Waals-Brabant sluit de rij met 1 café per 699 inwoners. In 1995 bedroeg de gemiddelde verhouding van het aantal cafés ten opzichte van het aantal inwoners 1 op 348.

4. Het aandeel van de verkoop van de verschillende biertypes in verhouding tot het totaal.

Tabel 6: De bierconsumptie in België naargelang het biertype van 1992 tot 1995, uitgedrukt in hectoliters.

biertype	1992 hl	1993 hl	1994 hl	1995 hl	evolutie 1994-1995
Pils	7.664.000	7.300.603	7.222.560	7.074.749	- 2,05%
Amber	742.000	731.585	732.081	708.922	- 3,16%
Witbier	630.000	653.338	604.870	628.840	+ 3,96%
Abdij/Trappist	464.000	505.749	584.591	607.157	+ 3,86%
Tafelbier	402.000	382.231	363.977	343.589	- 5,60%
Geuze/Fruit	254.000	246.612	259.113	257.649	- 0,57%
Britse	260.000	239.319	231.740	211.680	- 8,66%
Luxe pils	236.000	223.502	227.866	203.774	- 10,57%
Alcoholvrij	212.000	182.789	155.399	141.121	- 9,19%
Zwaar blond	165.000	166.247	180.879	183.442	+ 1,42%
Regionaal	156.000	151.511	68.611	70.726	+ 3,08%
Zuur	84.000	76.816	88.941	81.434	- 8,44%
totaal	**11.269.000**	**10.860.302**	**10.720.012**	**10.513.083**	**- 1,94%**

Bron: CBB statistieken. In: *Het Brouwersblad*. Driemaandelijks tijdschrift. CBB, jaargang 103, september 1996.

Uit tabel 6 blijkt dat Pils nog steeds het meest populair is, ondanks de daling in hoeveelheid hectoliter de afgelopen jaren. Behalve de consumptie van Pils,

daalde ook het verbruik van Amber, tafelbier, Britse en alcoholvrij bier de laatste jaren. Abdij- en trappistbieren kenden daarentegen een grote groei. Het verbruik van zwaar blond bier kende pas vanaf 1994 een grote sprong voorwaarts.

5. De evolutie van de consumptie van bier, water en limonade, wijn en gedistilleerd.

Als we 1965 als basisjaar nemen (100%), dan is de consumptie van water en limonades volgens het CBB gestegen tot ongeveer zo'n 420% in 1995. De consumptie van wijn is gestegen tot 200%, maar blijft sinds 1991 op een constant niveau. Bier blijft iets boven de 100% gedurende de periode 1965-1995.

4.1.1.3. Taksen en accijnzen.

Bron: Ministerie van Financiën. Administratie der Douane en Accijnzen
Bron: Weekblad 'Feiten' van 23 oktober 1996, uitgegeven door de Federale Voorlichtingsdienst.

Tabel 7: De accijnsopbrengsten op bier, uitgedrukt in miljard frank.

jaar	bedrag (x 1000 fr.)
1985	5.540.947
1986	5.535.413
1987	5.674.792
1988	5.453.802
1989	5.350.369
1990	6.860.489
1991	7.583.614
1992	7.947.000
1993	6.880.000
1994	7.488.200
1995	7.260.305
1996	7.414.214

Bron: Douane en Accijnzen. In: *Het Brouwersblad*. Driemaandelijks tijdschrift. CBB, jaargang 103, september 1996 en Ministerie van Financiën. Administratie der Douane en Accijnzen.

In 1993 betaalde de administratie 1.200.000.000 Bf aan accijnzen terug, ten gevolge van de detaxatie van de stocks. De werkelijke opbrenst bedroeg 8.000.000.000 Bf.

De Ministerraad van 18 oktober 1996 besliste de accijnzen op bier, wijn, mousserende wijn, aperitieven en cider te verhogen vanaf 4 november 1996. Hiertoe keurde de Ministerraad twee ontwerpen van wet goed. De accijnzen van bier zullen stijgen van 59 frank naar 69 frank per hectoliter graden plato[2]. Voor een glas pils van 25 cl, betekent dit een accijnsverhoging van 0,30 frank plus BTW. De

[2] Het aantal graden Plato drukt het gewichtspercentage uit van het extraat in 100 gr bier (of ander product).

accijnzen van wijn zullen stijgen van 14,71 frank naar 19 frank per liter. Voor de tussenproducten zoals aperitief, porto, sherry,... werden de volgende regelingen bedacht. Tot 15% vol noteren we een stijging van 19 frank naar 30 frank per liter. Voor de tussenproducten van meer dan 15% vol stijgen de accijnzen van 27 frank naar 40 frank per liter. Voor de mousserende wijn is er een stijging van 51,49 frank naar 65 frank per liter. Op de andere gegiste dranken van minder dan 8,5% vol (cider) werd tot dan toe een nultarief toegepast. Vanaf 4 november 1996 werd op deze producten tot 1,2% vol 3 frank accijnzen toegepast en deze producten van 1,2 tot 8,5% vol 6 frank per liter.

4.1.1.4. Schatting van het aantal alcoholgebruikers in België aan de hand van de Ledermannformule[3].

Bron: W.M. de Zwart en C. Mensink. Jaarboek verslaving 1995. Over gebruik en zorg in cijfers. Nederlands Instituut voor Alcohol en Drugs (NIAD). Diegem, Bohn Stafleu Van Loghum, 1996.

Tabel 8: Het gemiddelde alcoholverbruik per drinker (15 jaar en ouder) in België[4].

jaar	bevolking x 1000	consumptie in liter x 1000	geschat aantal drinkers x 1000	geschatte consumptie per drinker in liter
1980	7.866,2	106.400	6.686,3	15,91
1981	7.876,2	103.411	6.694,7	15,45
1982	7.908,5	106.416	6.722,2	15,83
1983	7.948,2	106.440	6.756,0	15,75
1984	7.969,7	104.467	6.774,2	15,42
1985	8.004,0	103.512	6.803,4	15,21
1986	8.039,1	101.577	6.833,2	14,87
1987	8.063,5	105.612	6.854,0	15,41
1988	8.100,0	99.017	6.885,0	14,38
1989	8.136,7	94.408	6.916,2	13,65
1990	8.161,2	98.677	6.937,0	14,22
1991	8.188,2	94.042	6.960,0	13,51
1992	8.219,8	96.434	6.986,9	13,80
1993	8.254,4	91.769	7.016,2	13,08
1994	8.286,8	91.175	7.043,8	12,94

Bron: W.M. de Zwart en C. Mensink (NIAD). *Jaarboek verslaving 1995. Over gebruik en zorg in cijfers.* Diegem, Bohn Stafleu Van Loghum, 1996.

In tabel 9 wordt met behulp van de Ledermann-formule een schatting gemaakt van het aantal personen dat gemiddeld per dag meer dan 10 cl, 15 cl en 20 cl pure alcohol gebruikt. Bij deze methode wordt ervan uitgegaan dat het gebruik van alcohol, althans naar hoeveelheid, over een bevolking *lognormaal* verdeeld is. Als men de gemiddelde jaarlijkse hoofdelijke consumptie van een bevolking weet en als bovendien het percentage drinkers in die bevolking bekend is, dan kan men berekenen, hoeveel personen een bepaalde hoeveelheid alcohol gemiddeld per dag consumeren.

---

[3] De *Ledermannformule* is gebaseerd op het gebruik van accijnscijfers, voor de schatting van het aantal excessieve drinkers. Een daling in de productie van alcoholhoudende dranken heeft natuurlijk een invloed op deze cijfers. Een daling van de productie betekent trouwens niet dat de binnenlandse consumptie is afgenomen, het kan evenzo zijn dat de invoer is toegenomen en de uitvoer gedaald. Overigens is internationaal al jarenlang een discussie gaande over de waarde van de Ledermannformule. In Nederland verscheen in 1987 een onderzoeksrapport van Lemmens waarin hij verschillende uitgangspunten van het Ledermann-model bekritiseert en onder meer concludeert dat toepassing van de formule waarbij het aantal excessieve drinkers op basis van accijnscijfers wordt geschat, wetenschappelijk niet verantwoord is. Een alternatief voor het Ledermann-model is echter nog niet beschikbaar.

[4] Het geschat percentage drinkers is op 85% gesteld.

Het is niet mogelijk personen, uitsluitend op basis van de hoogte van hun gemiddeld alcoholgebruik per dag, te classificeren als probleemdrinkers, excessieve drinkers of alcoholisten. Wel is uit onderzoek bekend dat patiënten die opgenomen worden in klinieken voor de behandeling van alcoholisme, gewoonlijk een minimumconsumptie van 15 cl pure alcohol per dag (12 standaardglazen) en een gemiddelde consumptie van meer dan 25 cl absolute alcohol per dag (20 standaardglazen) rapporteren.

Tabel 9: Het geschat aantal drinkers van meer dan gemiddeld 10, 15 en 20 cl absolute alcohol, per dag, in België.

jaar	consumptie per drinker in liter.	> 10 cl per dag		> 15 cl per dag		> 20 cl per dag	
		perc. drinkers	absoluut aantal drinkers x 1.000	perc. drinkers.	absoluut aantal drinkers x 1.000	perc. drinkers.	absoluut aantal drinkers x 1.000
1980	15,91	9,56	639,2	4,64	310,2	2,57	171,8
1981	15,45	9,16	613,2	4,45	297,9	2,48	166,0
1982	15,83	9,49	638,0	4,61	309,9	2,56	172,1
1983	15,75	9,42	636,4	4,58	309,4	2,55	172,3
1984	15,42	9,13	618,5	4,44	300,8	2,47	167,3
1985	15,21	8,94	608,2	4,36	296,6	2,43	165,3
1986	14,87	8,65	591,1	4,22	288,4	2,35	160,6
1987	15,41	9,12	625,1	4,44	304,3	2,47	169,3
1988	14,38	8,25	568,0	4,03	277,5	2,26	155,6
1989	13,65	7,65	529,1	3,75	259,4	2,11	145,9
1990	14,22	8,11	562,6	3,97	275,4	2,22	154,0
1991	13,51	7,54	524,8	3,69	256,8	2,08	144,8
1992	13,80	7,77	542,9	3,80	265,5	2,14	149,5
1993	13,08	7,19	504,5	3,53	247,7	2,00	140,3
1994	12,94	7,09	499,4	3,48	245,1	1,97	138,8

Bron: W.M. de Zwart en C. Mensink (NIAD). *Jaarboek verslaving 1995. Over gebruik en zorg in cijfers.* Diegem, Bohn Stafleu Van Loghum, 1996.

8 standaardglazen bier, wijn of gedistilleerd bevatten ongeveer 10 cl pure alcohol. In 1994 waren er dus bijna 500.000 Belgen die dagelijks tenminste 8 glazen bier, wijn of gedistilleerd dronken. Onder hen waren circa 245.000 personen die minstens 12 glazen alcoholhoudende dranken consumeerden, terwijl van deze laatste groep naar schatting 140.000 mensen meer dan 16 glazen gemiddeld per dag gebruikten.

In vergelijking met 1980 valt een sterke daling te noteren. Toen waren er ongeveer 639.000 personen die dagelijks minimum 8 glazen alcohol dronken, waaronder 310.000 Belgen 12 glazen bier, wijn of gedistilleerd consumeerden. Van deze laatste groep gebruikten 171.000 mensen gemiddeld meer dan 16 glazen alcoholhoudende dranken per dag[5]. Deze sterke daling in de cijfers van 1980 tot 1994 betekent overigens niet dat effectief het aantal mensen met een

[5] Bij deze schattingen zijn we uitgegaan van een percentage drinkers in de populatie van 15 jaar en ouder van 85% in 1994.

drankprobleem is afgenomen. Dit is eerder te wijten aan het eigene van de Ledermann-formule (zie voetnoot).

4.2.2. Verkeer en alcoholgebruik.

4.2.2.1. Het proportioneel sterftecijfer voor mannen en vrouwen van het Vlaamse Gewest voor 1994.

Bron: W. Aelvoet, K. Bogaerts en F. Capet (red.). Gezondheidsindicatoren 1994. Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap Departement Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, Administratieve Gezondheidszorg, Afdeling Preventieve en Sociale Gezondheidszorg, Team Gezondheidsindicatoren, Gent, L. Vanmelle, 1996.

Tabel 10: Het proportioneel sterftecijfer voor mannen en vrouwen van het Vlaamse Gewest, uitgedrukt in absolute aantallen en percentages voor 1994 (M =mannen en V=vrouwen).

	1-14 jaar	15-24 jaar	25-44 jaar	45-64 jaar	65-74 jaar	74 + jaar
aantal overlijdens						
(in absolute aantallen)						
mannen:	124	373	1.278	5.152	7.706	13.347
vrouwen:	86	119	651	2.815	4.603	18.549
soort aandoening (in %)	**M V**	**M V**	**M V**	**M V**	**M V**	**M V**
alle uitwendige doodsoorzaken:	**46 - 43**	**83 - 54**	**55 - 33**	**9 - 9**	**3 - 4**	**3 - 3**
accidentele val	0 - 2	2 - 0	3 - 1	1 - 1	1 - 1	2 - 2
verkeersongevallen	20 - 23	52 - 40	21 - 10	2 - 2	1 - 1	0 - 0
zelfmoord	5 - 0	20- 8	22 - 15	4 - 4	1 - 1	1 - 0
alle hart- en vaataandoeningen:	**2 - 5**	**3 - 8**	**11- 10**	**28- 19**	**35 - 38**	**41 - 51**
ischemische hartziekten	0 - 0	0 - 0	4 - 2	14- 8	15 - 14	12 - 11
cerebrovasculaire aandoen.	0 - 4	1 - 4	2 - 3	4 - 4	7 - 10	11 - 15
atherosclerose	0 - 0	0 - 0	0 - 0	1 - 0	2 - 1	3 - 3
alle nieuwvormingen:	**10 - 12**	**5 - 19**	**16 - 38**	**45 - 54**	**40 - 36**	**25 - 16**
longkanker	1 - 0	0 - 0	3 - 3	19 - 6	16 - 4	7 - 1
colectorale kanker	0 - 0	0 - 0	1 - 3	4 - 6	4 - 4	3 - 3
prostaatkanker	0 - -	0 - -	0 - -	1 - -	4 - -	5 - -
borstkanker	- - 0	- - 0	- - 14	- - 17	- - 7	- - 2
baarmoeder(hals)kanker	- - 0	- - 0	- - 4	- - 3	- - 1	- - 1
chronisch leverlijden - cirrose:	**0 - 0**	**0 - 0**	**3 - 3**	**3 - 3**	**1 - 1**	**0 - 0**
dementie:	**0 - 0**	**0 - 0**	**0 - 0**	**0 - 0**	**1 - 1**	**3 - 4**
alle longaandoeningen:	**2 - 2**	**1 - 2**	**2 - 2**	**5 - 4**	**10 - 6**	**15 - 8**
COPD	2 - 1	1 - 1	1 - 1	3 - 2	6 - 4	8 - 2
pneumonie - influenza	0 - 0	0 - 1	1 - 0	1 - 1	1 - 1	4 - 4

Bron: W. Aelvoet, K. Bogaerts en F. Capet (red.). *Gezondheidsindicatoren 1994*. Min. vd Vlaamse Gemeenschap Departement Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Gent, L. Vanmelle, 1996.

Tabel 10 geeft ons een overzicht van de belangrijkste doodsoorzaken. We gebruiken hiervoor het proportioneel sterftecijfer. Dit cijfer is de verhouding van het aantal overlijdens door een specifieke oorzaak over het totaal aantal overlijdens. Om het overwicht van de overlijdens op oudere leeftijd weg te werken, werd een opdeling gemaakt in meerdere leeftijdsgroepen.

Het aantal slachtoffers van chronisch leverlijden of -cirrose als mogelijk gevolg van excessief alcoholgebruik neemt toe met de leeftijd, maar vormt geen belangrijke doodsoorzaak. De belangrijkste doodsoorzaak bij de jongste populatie (1-14 jaar) vormen verkeersongevallen (ongeveer 20%). Daarna volgen kankers (rond de 10%). Bij de adolescentie (15-24 jaar) eist het verkeer ook hier haar hoogste tol. Respectievelijk 52% van de mannelijke en 40% van de vrouwelijke slachtoffers zijn in 1994 omgekomen bij een verkeersongeval. Ook het aantal doden door zelfmoord bij de mannen neemt in deze leeftijdscategorie toe (20%). Bij de vrouwen stijgt in deze leeftijdsgroep het aantal dodelijke slachtoffers van kanker (19%). In de leeftijdsgroep van 25 tot 44 jaar worden deze tendensen verdergezet. Eenmaal de 45 jaar gepasseerd spelen zelfmoord en verkeersongevallen niet langer meer een belangrijke rol. Kankers en hart- en vaataandoeningen zijn dan de boosdoeners. In de volgende paragrafen bespreken we voornamelijk de rol die alcohol heeft op het verkeer.

4.2.2.2. Verkeersongevallen ten gevolge van alcoholgebruik.

Bron: Data Services van de Rijkswacht: bureau verkeer.
Bron: Verkeersongevallen op de openbare weg met doden of gewonden. Jaar 1994. Brussel, NIS, 1995.
Bron: Verkeersongevallen op de openbare weg met doden of gewonden. Jaar 1995. Brussel, NIS, 1996.

<u>1. Aantal ongevallen en slachtoffers volgens de toestand van de weggebruikers.</u>

Tabel 11: Ongevallen met minstens één bestuurder *in duidelijke staat van dronkenschap*, uitgedrukt in absolute aantallen.[6]

jaar	aantal ongevallen					aantal slachtoffers				
	met doden	met dodel. gew.	met zwaar gew.	met licht gew.	tot.	met doden	met dodel. gew.	met zwaar gew.	met licht gew.	tot.
1991	95	9	956	2.290	**3.350**	103	9	1.260	3.691	**5.063**
1992	74	8	889	2.181	**3.152**	78	8	1.157	3.517	**4.760**
1993	75	9	893	2.166	**3.143**	79	9	1.149	3.455	**4.692**
1994[7]	90	6	839	2.262	**3.197**	97	6	1.154	3.646	**4.903**
1995	73	10	760	2.689	**3.532**	84	10	968	4.230	**5.292**

Bron: *Verkeersongevallen op de openbare weg met doden of gewonden. Jaar 1994 en 1995.* Brussel, NIS, 1995 en 1996.

Het aantal ongevallen met minstens één bestuurder in duidelijke staat van dronkenschap is in de periode 1991 tot en met 1994 met 150 ongevallen gedaald (zie tabel 11). In 1995 echter is het aantal ongevallen en het aantal slachtoffers, met respectievelijk 182 en 229 gevallen gestegen in vergelijking met 1991. Het aantal ongevallen met doden kent de laatste vijf jaren een daling van 22 gevallen. Eenzelfde tendens merken we bij het aantal slachtoffers met een dodelijke afloop (daling met 19 gevallen). Het aantal dodelijk gewonden bij ongevallen en bij slachtoffers is sinds 1991 onderhevig aan lichte schommelingen, maar in 1995 worden de hoogste aantallen genoteerd (10). Het aantal ongevallen en slachtoffers met zwaargewonden is sinds 1991 aan het dalen en bereikt in 1995 een dieptepunt. In vergelijking met 1991 zijn er 196 ongevallen en 292 slachtoffers met zware gewonden minder. Het aantal licht gewonden bij ongevallen waarvan de bestuurder in duidelijke staat van dronkenschap verkeert en het aantal slachtoffers ervan daalt

[6] Hier zijn enkel de ongevallen weergegeven waarbij één der weggebruikers in duidelijke staat van dronkenschap was en niet de ongevallen waarbij alcoholgebruik gecombineerd met medicatie, drugs of vermoeidheid werd vastgesteld. Deze cijfers zijn dus een onderschatting van het reële aantal ongevallen die alcoholgerelateerd zijn.

[7] De cijfers voor het jaar 1994 verschillen enigszins van deze die gepubliceerd zijn in het jaarboek 1995 van de VAD, omdat deze de voorlopige cijfers waren. De cijfers voor het jaar 1994 in dit jaarboek zijn dus gecorrigeerd op basis van de publicaties van het NIS.

vanaf 1991 tot in 1993 om van dan af weer te stijgen. In 1995 zijn dat respectievelijk 2.689 en 4.230 gevallen.

Tabel 12: Aantal ongevallen naargelang de staat van de weggebruikers (situatie in 1995), uitgedrukt in absolute aantallen.

		aantal ongevallen met:				
staat van minstens 1 van de bestuurders	**totaal aantal doden (kolom 3+4)**	**ter plaatse gestorven**	**dodelijk gewond**	**zwaar gewond**	**licht gewond**	**totaal**
normaal	377[8]	351	26	1.295	3.894	**5.566**
duidelijke dronkenschap	66	60	6	780	2.311	**3.157**
medicatie of drugs	4	4	-	38	105	**147**
vermoeidheid, ziek	67	64	3	225	474	**766**
dronkenschap & medicatie of drugs	4	3	1	15	35	**54**
dronkenschap en vermoeidheid, ziek	7	7	-	34	67	**108**
vermoeidheid, ziek & medicatie	-	-	-	4	16	**20**
ander & ongekend	662	625	37	1.489	3.256	**5.407**
alle weggebruikers in normale staat	547	485	62	7.738	32.969	**41.254**
totaal aantal personen met verwonding of dood als gevolg	**1.337**	**1.228**	**109**	**10.267**	**39.140**	**50.744**

Bron: *Verkeersongevallen op de openbare weg met doden of gewonden. Jaar 1995.* Brussel, NIS, 1996.

---

[8] Interpretatie: 377 ongevallen vonden plaats in 1995 waarbij minstens 1 van de bestuurders in een normale toestand verkeerde en die tesamen met de andere soorten ongevallen zorgden voor 1377 doden.

Tabel 12 geeft het aantal ongevallen en de staat van de weggebruikers weer voor 1995. In deze tabel staan, in tegenstelling tot de vorige tabel, ook nog de ongevallen waarbij één van de bestuurders onder invloed is van drugs of medicatie, of een combinatie met alcohol of vermoeidheid. Uit deze tabel leidt men af dat 52.227 of 92,5% van de ongevallen in België in 1995 niet gerelateerd zijn aan dronkenschap, drugs, medicatie of vermoeidheid.

2. Ongevallen met alcohol, medicatie of drugs voor de periode 1995.

Tabel 13: Ongevallen met lichamelijk letsel voor de periode 1995, uitgedrukt in absolute aantallen en percentages.

ongevallen	aantal ongevallen	doden	zwaar gewonden	licht gewonden	totaal slachtoffers
met alcohol	4.180 (8,2%)	116 (8,2%)	1.325 (10,4%)	4.821 (8,4%)	**6.262 (8,7%)**
zonder alcohol	46.558 (91,8%)	1.297 (91,8%)	11.427 (89,6%)	52.756 (91,6%)	**65.480 (91,3%)**
totaal	**50.738 (100%)**	**1.413 (100%)**	**12.752 (100%)**	**57.577 (100%)**	**71.742 (100%)**

Bron: Rijkswacht - Data Services/Verkeer; Berekeningen VAD

Het aantal verkeersongevallen met lichamelijk letsel in België, met alcohol, vastgesteld door de rijkswacht en politie, bedroeg 4.180 of 8,2% (zie tabel 13)[9]. Het Belgisch Instituut voor de Verkeersveiligheid (BIVV) wijst erop dat niet uit het oog mag worden verloren dat deze percentages steeds een onderschatting zijn van het werkelijk aantal bestuurders betrokken bij een letselongeval met alcoholgebruik. Er zijn bestuurders die geen ademtest hebben afgelegd omdat zij ofwel rechtstreeks naar het ziekenhuis werden afgevoerd, ofwel omdat er geen derden bij het ongeval betrokken waren.

[9] Deze cijfers wijken af van de cijfers uit tabel 10, omdat bij de rijkswacht het criterium wordt gebruikt: 'ongeval met alcohol: een ongeval waarbij minimum een weggebruiker een positieve ademtest afleverde of klaarblijkelijk dronken was'.

Het grootst aantal betrokkenen in verkeersongevallen met lichamelijk letsel ligt voornamelijk bij bestuurders onder invloed tussen de 25 en 45 jaar (zie tabel 14).

Tabel 14: Het totaal aantal betrokken personen bij verkeersongevallen met lichamelijk letsel veroorzaakt door bestuurders/voetgangers onder invloed, naar leeftijd voor het jaar 1995, uitgedrukt in absolute en relatieve aantallen.

leeftijd van de bestuurders/voetgangers onder invloed	totaal aantal betrokkenen (doden en gewonden, ongedeerden en onbekenden) N	%
< 18	37	0,9
18-24	858	19,9
25-35	1.455	33,8
36-45	1.063	24,7
46-55	529	12,3
56-65	204	4,7
66+	72	1,7
onbekend	88	2,0
totaal	**4.306**	**100,0**

Bron: Rijkswacht - Data Services/Verkeer; Berekeningen: VAD

Tabel 15: Ongevallen met alcohol, met lichamelijk letsel, per provincie voor het jaar 1995, uitgedrukt in absolute aantallen.

provincie en gewest	aantal ongevallen	doden	zwaar gewonden	licht gewonden	totaal slachtoffers
Vlaams Brabant	413	11	86	533	**630**
Waals Brabant	144	5	38	182	**225**
Brussel Hoofdstad	105	2	17	116	**135**
Brabant (totaal)	662	18	141	831	**990**
Antwerpen	556	12	198	611	**821**
Limburg	246	6	101	265	**372**
Oost-Vlaanderen	713	17	216	787	**1020**
West-Vlaanderen	565	9	207	619	**835**
Henegouwen	580	19	177	709	**905**
Namen	205	8	75	244	**327**
Luik	481	16	143	555	**714**
Luxemburg	172	11	67	200	**278**
Federaal totaal	**4.180**	**116**	**1.325**	**4.821**	**6.262**
Vlaams Gewest	**2.493**	**55**	**808**	**2.815**	**3.678**
Waals Gewest	**1.582**	**59**	**500**	**1.890**	**2.449**
Brussels Gewest	**105**	**2**	**17**	**116**	**135**

Bron: Rijkswacht - Data Services/Verkeer

59,6% van de ongevallen met alcohol gebeurde in 1995 in het Vlaams Gewest, 37,8% in het Waals Gewest en 2,5% in het Brussels Gewest (zie tabel 15). Oost-Vlaanderen en Brabant telden het meest aantal ongevallen en slachtoffers. In het totaal vielen er in 1995 116 doden in een verkeersongeval met alcohol. 1.325 personen werden zwaar gewond en 4.821 licht gewond. In het jaar 1995 werden in België 119 ongevallen met medicatie of drugs vastgesteld door de rijkswacht en

politie. Daarvan vonden er 64 gevallen plaats in het Vlaams Gewest, 47 in het Waals Gewest en 8 in het Brussels Gewest. Er waren 166 slachtoffers, waarvan 3 doden, 43 zwaargewonden en 120 licht gewonden.

4.2.2.3. Evolutie van het aantal bloedafnamen bij verkeersongevallen op de openbare weg volgens het vastgestelde alcoholgehalte - Periode 1980-1995.

Bron: Verkeersongevallen op de openbare weg met doden en gewonden. Jaar 1994 en 1995. Brussel, NIS, 1995 en 1996.

1. Evolutie van het aantal bloedafnames bij verkeersongevallen op de openbare weg naar de vastgestelde graad van het alcoholgehalte.

Tabel 16: De evolutie van het aantal bloedafnamen bij verkeersongevallen op de openbare weg, naar de vastgestelde graad van het alcoholgehalte uitgedrukt in absolute waarden.

jaar	0-0,49 gr/l	0,5-0,99 gr/l	1-1,49 gr/l	1,5-1,99 gr/l	2-2,49 gr/l	2,5 of meer gr/l	onbekend	totaal
1980	348	637	1.704	3.487	4.001	3.165	221	**13.563**
1985	317	905	2.098	3.570	3.764	3.051	578	**14.283**
1989	395	1.070	2.390	3.823	3.746	3.191	514	**15.129**
1990	476	1.240	2.507	3.833	3.767	3.060	318	**15.201**
1991	522	1.127	2.356	3.562	3.568	2.865	301	**14.301**
1992	418	1.072	2.266	3.663	3.655	2.983	280	**14.337**
1993	538	1.205	2.438	3.450	3.518	2.905	344	**14.409**
1994	403	944	1.959	2.946	3.058	2.709	212	**12.231**
1995	319	336	720	1.192	1.253	1.056	101	**4.977**

Bron: *Verkeersongevallen op de openbare weg met doden of gewonden. Jaar 1994 en 1995.* Brussel, NIS, 1995 en 1996.

Tabel 17: De evolutie van het aantal bloedafnamen bij verkeersongevallen op de openbare weg, naar de vastgestelde graad van het alcoholgehalte, uitgedrukt in procenten.

jaar	0-0,49 gr/l	0,5-0,99 gr/l	1-1,49 gr/l	1,5-1,99 gr/l	2-2,49 gr/l	2,5 of meer gr/l	onbekend	totaal
1980	2,6	4,7	12,6	25,7	29,5	23,3	1.6	**100**
1985	2,2	6,3	14,7	25,0	26,1	21,4	4.0	**100**
1989	2,6	7,1	15,7	25,3	24,8	21,1	3.4	**100**
1990	3,1	8,2	16,5	25,2	24,8	20,1	2.1	**100**
1991	3,7	7,9	16,5	24,9	24,9	20,0	2.1	**100**
1992	2,9	7,5	15,8	25,6	25,5	20,8	1.9	**100**
1993	3,7	8,4	16,9	24,0	24,4	20,2	2,4	**100**
1994	3,3	7,7	16,0	24,1	25,0	22,1	1,8	**100**
1995	6,4	6,8	14,5	23,9	25,2	21,2	2,0	**100**

Bron: *Verkeersongevallen op de openbare weg met doden of gewonden. Jaar 1994 en 1995.* Brussel, NIS, 1995 en 1996.

In 1995 werden er opvallend minder bloedafnames afgenomen in vergelijking met de voorgaande jaren (zie tabellen 16 en 17). In vergelijking met 1994 betekent dat 60% minder afnames. Het jaar 1995 viel ook op doordat er relatief meer afnames waren die wezen op een niet-dronkenschap. Dit percentage is het dubbel van dat van 1994.

De overgrote meerderheid echter van wie een bloedafname gelast wordt bij een verkeersongeval zit dronken achter het stuur. Het toepassen van een bloedafname impliceert immers een selectie. Het gebeurt enkel in die gevallen waarbij men vermoedt dat er sprake is van dronkenschap. Het aantal bloedafnames bij bestuurders met 0,5 tot 0,99 gramme alcohol per 1000 ml bloed, kent een grillig verloop sinds 1980. In 1995 is dit aandeel lichtjes gedaald ten aanzien van de voorgaande jaren, net zoals het aantal bloedafnames bij bestuurders met 1 tot 1,49 gramme alcohol per 1000 ml bloed. Het percentage bloedafnames bij bestuurders die nog meer dronken zijn (1,5-1,99 gr/l), is nagenoeg stabiel gebleven in vergelijking met de voorgaande jaren. Het aandeel bloedafnames bij nog zwaardere dronken bestuurders (2-2,49 gr/l) schommelde gedurende de laatste decennia rond de 25%, maar neemt in vergelijking met 1980 af. Tenslotte neemt het aantal bloedafnames bij bestuurders die de toegelaten norm minstens 5 keer overschrijden, sinds 1980 af om vanaf 1990 redelijk stabiel te blijven. Het peil van 1994 (22,1%) komt echter dicht in de buurt van het aandeel bloedafnames bij zeer dronken bestuurders in 1980 (23,3%).

Het merendeel van de bloedafnames werd uitgevoerd bij personen tussen de 20 en 44 jaar (1995:36,7%). Het tijdstip van de meeste bloedafnames situeert zich tussen 20 uur 's avonds en 3 uur 's morgens (1995: 50,5%). De mannen (1995: 91,3%) vormen het overgrote deel van de onderzochte personen.

4.2.3. Gerechtelijke gegevens

Bron: Rijkswacht: Data Services/Verkeer

4.2.3.1. Alcoholcontroles bij autobestuurders door middel van de ademproef.

1. Evolutie van het nationale aantal ademtests door de rijkswacht (1980-1996).
Naast de bestraffing bij overtreding - i.c. sturen onder invloed - bestaan er ook preventieve maatregelen. Door het opzetten van alcoholcontroles hoopt men een rem te zetten op het aantal bestuurders onder invloed. In 1995 werden door de rijkswacht 131.744 testen[10] afgenomen en in 1996 waren er dat 19.020 testen minder (zie tabel 18). Het onmiddellijk effect van dergelijke operaties kan gemeten worden door het aantal positieve testen. 11,4% van de geteste bestuurders werd positief bevonden in 1995. In 1996 bedroeg dit aantal 11,6% wat een lichte stijging is vergeleken met de vorige jaren.

Tabel 18: Evolutie van het nationale aantal ademtests[11] door de rijkswacht voor de periode 1980-1996[12].

jaar	positief	negatief	geweigerd	totaal	% positief
1980	11.576	57.927	459	**69.962**	17,2
1981	11.819	63.139	429	**75.387**	16,2
1982	12.623	70.214	497	**83.334**	15,7
1983	14.003	94.196	508	**108.707**	13,3
1984	17.960	158.200	691	**176.851**	10,5
1985	17.828	159.646	522	**177.996**	10,3
1986	16.770	161.012	557	**178.339**	9,7
1987	16.720	168.192	537	**185.449**	9,3
1988	18.183	171.149	859	**190.191**	10,0
1989	18.107	143.495	563	**162.165**	11,5
1990	17.385	146.853	532	**164.770**	10,5
1991	16.109	146.841	520	**163.470**	9,8
1993	15.674	144.265	-	**159.939**	9,8
1994	15.326	130.062	-	**145.388**	10,5
1995	14.969	116.775	-	**131.744**	11,4
1996	13.080	99.644	-	**112.724**	11,6

Bron: Rijkswacht: Data Services/Verkeer, 1996; Berekeningen '93-'96: VAD

Uit de cijfers voor de periode 1980-1996 kan men afleiden dat het aantal positieve tests in absolute waarden daalt vanaf 1987, maar uitgedrukt in percentages schommelt het aandeel positieve tests nog steeds rond de 10% (zie tabel 18). In 1996 bereikt het totaal aantal tests het niveau van 1983. Net als zovele andere indicatoren zeggen dergelijke cijfers zowel iets over de activiteit en aanpak van de

[10] Deze testen omvatten ondermeer ademtesten en bloedproeven.

[11] Onder het totaal aantal opgelegde tests verstaan wij deze die zijn afgenomen bij ongevallen met lichamelijke letsels of bij ongevallen met stoffelijke schade of bij gewone routinecontrole of waarbij de bestuurder aanstalten maakt tot sturen (rechtsomkeer maken). De gerichte controles werden niet in het totaal opgenomen.

[12] Voor de laatste vier jaren werd er geen onderscheid gemaakt tussen negatieve tests en weigeringen.

politiediensten als over het gedrag van de subjecten. Zo werden de cijfers uit tabel 18 uitsluitend verzameld door de dienst operaties inzake verkeer (rijkswacht) die naar schatting 65% van het totale aantal operaties uitvoeren. De politiediensten nemen de overige 35% voor hun rekening. Bijgevolg zijn de cijfers op voorgaande bladzijde een duidelijke onderschatting van het totale aantal.

2. Resultaten eindejaarscampagne 1995/1996 en van 1996/1997.

Tabel 19: Alcoholcontroles eindejaarscampagne 1995/1996 en 1996/1997, uitgedrukt in absolute aantallen en percentages.

alcoholcontrole	**aantal tests**		**percentage positieve tests**		**percentage ingetrokken rijbewijzen / positieve tests**	
	1995	**1996**	**1995**	**1996**	**1995**	**1996**
bij verkeersongeval (lichamelijk letsel of stoffelijke schade) - totaal	5.322	4.393	14,7	16,6	29,6	52,1
bij gewone controle of bij aanstalten tot sturen - totaal	21.259	13.747	5,7	6,3	18,8	35,8
bij gerichte alcoholcontroles - totaal	31.489	24.569	5,9	5,6	19,0	30,1
totaal	**67.187**	**47.471**	**6,6**	**6,8**	**20,8**	**36,5**

Bron: Rijkswacht - Data Services/Verkeer

De alcoholcontroles, zoals gepresenteerd in tabel 19, dateren van 1 december 1995 tot 13 januari 1996 en van 1 december 1996 tot 13 januari 1997. Het percentage positieve tests tijdens de eindejaarscampagnes 1995-1996, 1996-1997 ***afgenomen bij een verkeersongeval*** bedroeg respectievelijk 14,7% en 16,6%. Het percentage positieve tests ligt een stuk lager indien het gaat **om *gewone controles of 'bij aanstalten tot sturen'***. In dat geval noteert men 5,7% positieve tests op het einde van 1995 en 6,3% op het einde van 1996. ***Gerichte controles*** leveren eind '95 en '96 ongeveer een gelijk percentage positieve tests op: rond de 6%. Uit onderzoeken van de vorige jaren bleek dat in het weekend het aantal positieve testen het hoogst was. Het percentage ingetrokken rijbewijzen op basis van het aantal positieve testen neemt in 1996 hogere proporties aan dan in vergelijking met 1995. Voornamelijk bij de verkeersongevallen met lichamelijk letsel of stoffelijke schade wordt op basis van het totaal aantal positieve testen iets meer van de helft van de gevallen het rijbewijs in 1996 ingetrokken. Op het ***totaal aantal controles*** (67.187) in 1995 werden 918 of 1,3% rijbewijzen ingetrokken. In 1996 was dat 2,4% of 1.183 gevallen.

De meeste tests werden afgenomen in de provincies Oost-Vlaanderen, Henegouwen en Luik (zie tabel 20).

Tabel 20: Aantal tests per provincie in de alcoholcampagnes 1995/1996 en 1996/1997.

provincie	aantal tests		percentage positieve tests		percentage ingetrokken rijbewijzen/positieve tests	
	1995	1996	1995	1996	1995	1996
Brabant	6.978	5.627	9,9	9,4	26,6	35,3
Antwerpen	4.008	3.436	10,7	10,2	40,0	42,3
Limburg	3.506	2.596	8,2	9,2	14,7	29,0
Oost-Vlaanderen	9.088	5.833	6,7	7,4	11,9	36,5
West-Vlaanderen	6.633	4.955	7,3	5,7	8,9	40,0
Henegouwen	10.781	8.728	6,4	5,6	10,9	37,2
Namen	8.359	4.601	3,0	5,2	41,0	41,4
Luik	9.802	7.483	6,3	6,0	23,9	36,1
Luxemburg	8.032	4.212	4,5	5,7	22,9	28,9
totaal	67.187	47.471	6,6	6,8	20,8	36,5

Bron: Rijkswacht - Data Services/Verkeer

Toch staat het aantal testen niet in verhouding tot het aandeel positieve tests. De overweging dat alcoholtests vanuit een verschillende optiek kunnen bekeken en geleid worden, zal hierbij zeker een rol spelen. Deze bemerking geldt ook ten opzichte van het aandeel ingetrokken rijbewijzen binnen de positieve tests. Vanuit deze overwegingen kunnen we stellen dat de Rijkswacht in Limburg selectievere alcoholcontroles uitvoert gezien het grote aandeel positief getesten (9,2%) en daarbinnen het groot aandeel personen waarvan het rijbewijs is ingetrokken (29,0%). Het aantal tests in Limburg is hoog (1996: 2.596) als men het relatief lage bevolkingscijfer (1996:353.232) in ogenschouw neemt. In de provincie Luxemburg is het aantal uitgevoerde tests nog groter (1996:4.212) vergeleken met het relatief lage bevolkingscijfer (1996: 112.816). Toch telde men daar slechts 5,7% positieve tests en werd in 36,1% van de laatstgenoemde gevallen het rijbewijs ingetrokken.

3. Vergelijking eindejaarscampagnes 1990/1991 tot en met 1996/1997.

Globaal gezien is er een daling vast te stellen van het aantal alcoholtests en een stijging van het percentage positieve tests. Voornamelijk in de twee laatste jaren is dit het geval. Het aandeel ingetrokken rijbewijzen bij gerichte controles stijgt ook in absolute aantallen: van 225 in 1990/1991 tot 494 in 1996/1997. Het aantal ingetrokken rijbewijzen in 1996/97 is het hoogste aantal van de afgelopen 6 eindejaarscampagnes.

Tabel 21: **Vergelijking eindejaarscampagnes 1990/1991 tot en met 1996/1997, uitgedrukt in absolute aantallen en percentages.**

aard	1990/91	1991/92	1992/93	1994/95	1995/96	1996/975
bij verkeersongeval						
opgelegde tests	9.025	7.736	8.683	6.291	5.322	4.393
positieve tests	817	803	949	648	781	728
% positieve tests	9,1%	10,4%	10,9%	10,3%	14,7%	16,6%
gewone controles & bij aanstalten tot sturen						
opgelegde tests	25.304	29.160	26.538	19.364	21.259	13.747
positieve tests	1.394	1.239	1.022	949	1.212	867
% positieve tests	5,5%	4,2%	3,9%	4,9%	5,7%	6,3%
gerichte controles						
opgelegde tests	31.455	37.144	31.286	28.026	31.489	24.569
positieve tests	1.103	1.211	949	1.513	2.414	1.643
% positieve tests	3,5%	3,3%	3,0%	5,4%	5,9%	5,6%
ingetrokken rijbew.	225	233	118	304	459	494
globaal totaal						
opgelegde tests	65.784	74.040	66.507	53.681	67.187	47.471
positieve tests	3.314	3.253	2.920	3.113	4.407	3.238
% positieve tests	5,0%	4,4%	4,4%	5,8%	6,6%	6,8%
ingetrokken rijbew.	638	562	392	648	918	1.183

Bron: Rijkswacht: Data Services/Verkeer

4.2.3.2. Veroordelingen wegens openbare dronkenschap in 1994.

Bron: Gerechtelijke statistieken. Bedrijvigheid der hoven en rechtbanken. Jaar 1994. Brussel, NIS, 1996, nr.3.

Het aantal gevonniste feiten van dronkenschap al dan niet verbonden met een misdrijf schommelt sterk de afgelopen jaren. Deze statistiek is veeleer de uitdrukking van de gerechtelijke activiteit dan de maat voor dronkenschap. In 1994 werden door de politierechtbanken 4.907 van de 5.021 aangeklaagden veroordeeld voor eenvoudige dronkenschap. 7.254 van de 7.460 werden veroordeeld voor dronkenschap achter het stuur en nog eens 8.292 van de 8.380 aangeklaagden werden veroordeeld voor intoxicatie door alcohol (zie tabel 22).

Tabel 22: Uitslag van de vervolgingen in politiezaken naar het soort misdrijf voor 1994.

soort misdrijf	**aangeklaagden**	**vrijgesproken**	**ontslagen bij verklaring van onbevoegd-heid**	**veroordeelden**	**veroordeeld tot verval van het recht tot sturen**
eenvoudige dronkenschap	5.021	81	33	4.907	-
intoxicatie door alcohol	8.380	80	8	8.292	8.270
weigering van ademtest en/of bloedonderzoek	740	8	8	724	710
dronkenschap aan het stuur	7.460	170	36	7.254	7.231

Bron: Gerechtelijke statistieken. Bedrijvigheid der hoven en rechtbanken. Jaar 1994. Brussel, NIS, 1996, nr.3.

4.2. Medicatie.

Bron: Luk Joossens. Geneesmiddelen 1996. Brussel, Onderzoeks- en Informatiecentrum van de verbruikersorganisatie (OIVO), 1996.
Bron: Françoise De Wolf (red.). Compendium gezondheidsstatistiek 1996. Lier, Belgisch Instituut voor gezondheidseconomie (BIGE), 1996.
Bron: De geneesmiddelenindustrie in België. Economische bijdrage en relaties met de overheid. Brussel, Algemene Vereniging van de Geneesmiddelenindustrie (AVGI), oktober 1995.

4.2.1. De omzetcijfers van de Belgische geneesmiddelenmarkt.

Tabel 23: De Belgische geneesmiddelenmarkt in de periode 1985-1994, uitgedrukt in miljoen BEF en in percentages.

soort geneesmiddel	**1985**	**1990**	**1992**	**1993**	**1994**
gefabriceerd in België en van Belgische oorsprong	13.243,8 24,3%	13.737,3 18,1%	17.265,8 17,6%	17.207,3 16,3%	17.005,1 15,6%
gefabriceerd in België en van buitenlandse oorsprong	10.148,8 18,6%	14.111,6 19,3%	14.421,9 14,7%	13.429,1 12,7%	13.441,4 12,4%
geïmporteerd maar in België bewerkt	9.150,4 16,8%	12.858,9 17,0%	18.474,5 18,8%	19.694,1 18,7%	20.380,5 18,8%
bewerkt geïmporteerd	21.966,0 40,3%	34.598,5 45,6%	48.082,2 48,9%	55.252,1 52,3%	57.851,7 53,2%
totaal	**58.509,0** **100,0%**	**75.306,3** **100,0%**	**98.244,4** **100,0%**	**105.582,6** **100,0%**	**108.678,7** **100,0%**
bereidingen in hospitaal	3.744,7	7.087,0	7.013,9	7.555,7	8.273,8
totaal Belgische markt aan publieksprijzen	**62.253,7**	**82.393,3**	**105.258,3**	**113.138,3**	**116.952,5**
totaal Belgische markt aan prijs bij vertrek uit onderneming	**35.288,0**	**53.156,3**	**66.033,8**	**71.315,8**	**74.291,7**

Bron: MEZ (prijzendienst); berekeningen AVGI, in: *De Geneesmiddelenindustrie in België. Economische bijdrage en relaties met de overheid*, Brussel, AVGI, 1995.

De Algemene Vereniging van de Geneesmiddelenindustrie (AVGI)[1] geeft cijfermateriaal uit over de omzet in de geneesmiddelenindustrie. De markt van geneesmiddelen voor menselijk gebruik had in 1994 een omzet van ongeveer 117 miljard BEF (zie tabel 23). Dit bedrag bestaat enerzijds uit de bruto-inkomsten gerealiseerd door apothekers en groothandelaars en anderzijds voor 74,3 miljard of 60% uit het zakencijfer van de farmaceutische ondernemingen.

In 1994 bestond 53,2% van de publiekelijk verkochte geneesmiddelen uit volledig geïmporteerde waar. Deze stijging van import geneesmiddelen sinds 1985 (40%) gaat samen met een afname van de omzet van medicatie van volledig Belgische oorsprong, welke van 1985 (24,3%) tot 1994 (15,6%) daalde met negen procent.

Indien we vervolgens de omzet van de magistrale bereidingen[2] en de farmaceutische specialiteiten[3] onder de loep nemen, komen we tot de volgende resultaten. Volgens het Onderzoeks- en Informatiecentrum van de Verbruikersorganisatie (OIVO) is de verkoop van farmaceutische specialiteiten in ons land toegenomen van 70 miljoen verpakkingen in 1952 tot 200 miljoen in 1972 (zie tabel 24). Dit is bijna een verdrievoudiging in een periode van twintig jaar. In de periode 1972-1994 is de verkoop blijven stijgen, maar in mindere mate: 224 miljoen verpakkingen in 1980, 249 miljoen in 1990 en 285 miljoen in 1994. De omzet bedroeg 117 miljard frank in 1994. Het aantal magistrale bereidingen is in de periode 1972-1994 gedaald van 25 miljoen naar 9 miljoen eenheden.

De winstmarges van de farmaceutische industrie zijn, volgens het OIVO, ondanks de hoge kostprijzen van farmaceutisch onderzoek, zowel in het binnenland als in het buitenland hoger dan die van de rest van de industrie. De winstmarge in de farmaceutische industrie is 3,5 keer meer dan in de rest van het bedrijfsleven.

---

[1] De Algemene Vereniging van de Geneesmiddelenindustrie (AVGI) groepeert per 1 januari 1996 149 bedrijven uit de farmaceutische sector. Naargelang de activiteit die zij in België ontplooien, kunnen ze in 5 klassen ingedeeld worden. 6 bedrijven hebben een centrum voor fundamenteel onderzoek in België en zij exporteren ook hun productie. 14 bedrijven exporteren enkel hun productie. 16 bedrijven produceren vooral voor de Belgische markt. 22 bedrijven doen vooral een beroep op Belgisch maakloonwerk en 91 bedrijven importeren vooral.

[2] Volgens het OIVO verstaat men onder de 'magistrale bereiding' het geneesmiddel dat de apotheker zelf in zijn apotheek volgens het voorschrift van de arts bereidt, waarna hij het rechtstreeks aan de klant aflevert.

[3] Volgens het OIVO verwijst de term 'specialiteit' volgens de Europese definitie naar elk geneesmiddel dat op voorhand bereid is en onder een speciale benaming en verpakking op de markt gebracht wordt. De farmaceutische of galenische vorm verwijst naar de vorm waaronder het afgewerkt farmaceutisch product voorkomt (siroop, zalf, capsule, crème, ...).

Tabel 24: De omzet van magistrale bereidingen en farmaceutische specialiteiten in de periode 1980-1994 in België, uitgedrukt in miljoenen eenheden en miljarden franken.

	magistrale bereidingen		specialiteiten		totaal
jaar	**eenheden (x 1000)**	**omzet (x 1 miljoen)**	**eenheden (x 1000)**	**omzet (x 1 miljoen)**	**omzet (x 1 miljoen)**
1980	25.154	3.880	224	38.675	42.555
1981	24.307	3.872	226	40.633	44.505
1982	23.881	4.055	228	44.580	48.635
1983	24.065	4.401	225	48.184	52.585
1984	17.866	3.272	212	49.361	52.633
1985	17.895	3.437	232	54.509	57.946
1986	18.593	3.677	245	62.767	66.444
1987	19.160	3.836	229	66.269	70.105
1988	19.671	3.981	239	74.537	78.518
1989	19.732	4.072	240	79.468	83.540
1990	19.977	4.251	249	82.893	87.144
1991	20.690	4.589	277	99.105	103.694
1992	10.585	4.376	278	105.258	109.634
1993	9.968	4.265	288	113.138	117.403
1994	9.361	4.166	285	116.952	121.118

Bron: Ministerie van Economische Zaken, in: Luk Joossens. *Geneesmiddelen 1996*, Brussel, OIVO, 1996.

Naast deze globale cijfergegevens in verband met de omzet van geneesmiddelen, zijn er ook een aantal statistieken bekend voor de specifieke geneesmiddelengroepen (zie tabel 25). Tabel 25 toont aan dat binnen de top 5 van voorschriften in de ambulante praktijk geneesmiddelen voor het centrale zenuwstelsel een belangrijk aandeel vormen, net zoals de medicijnen voor hart- en bloedvaten en voor de ademhalingswegen.

Tabel 25: Voorschriften in de ambulante praktijk, naar therapeutische hoofdklasse (ATC) voor de periode 1995, uitgedrukt in absolute aantallen en percentages.

ATC hoofdklasse		voorschriften per 1000 inwoners	relatief aandeel
alle voorschriften		**12.086**	**100,0**
centraal zenuwstelsel[4]	klasse N	2.310	19,4
hart- en bloedvaten	klasse C	1.991	16,8
ademhalingswegen	klasse R	1.883	15,8
middelen tegen algemene infectieziekten	klasse J	1.346	11,3
spijsverteringsstoornissen en stofwisseling	klasse A	1.285	10,8
overigen		3.271	27,1

Bron: IMS & Berekeningen: Bige, in: F. De Wolf (red.). *Compendium gezondheidsstatistiek 1996*, Brussel, BIGE, 1996.

Een internationaal onderzoek naar de verkoop van kalmeermiddelen, uitgevoerd door de Franse federatie van de farmaceutische industrie op basis van gegevens van het IMS[5] in 1989, heeft uitgewezen dat Frankrijk van 8 landen de koploper is in de verkoop van kalmeermiddelen. De tweede plaats in die lijst van 8 landen werd ingenomen door België. Per duizend inwoners werden er in Frankrijk per dag ongeveer 140 eenheden ingenomen, waarvan 90% in de vorm van tabletten. In België bedroeg het aantal eenheden 104, in Italië 57, in Finland 50, in Nederland 39, in West-Duitsland 32 en 20 in Groot-Brittannië. Op basis van deze cijfergegevens kunnen wij besluiten dat de verkoop van kalmeermiddelen in België 2,5 maal groter is dan in Nederland en 5 maal groter dan in Groot-Brittannië.

Onder de geneesmiddelen die het meest verkocht worden in België, doet Perdolan het sinds jaren bijzonder goed (zie tabel 26). Volgens het OIVO is dit zeer

---

[4] Onder voorschriften voor **het centraal zenuwstelsel** worden onder andere analgetica gerekend, psycho(ana)leptica. Onder voorschriften voor **spijsverteringsstoffen en stofwisseling** worden onder andere spasmolytica en anticholinergica gerekend. Onder voorschriften voor **hart- en bloedvaten** worden ondermeer hartmiddelen, bèta-blokkers en calciumantagonisten verstaan. Onder voorschriften voor **middelen tegen algemene infectieziekten** worden onder andere systemische antibiotica verstaan. Onder voorschriften voor **ademhalingswegen** worden ondermeer preparaten tegen hoest en verkoudheid, bronchodilaten en anti-asthmatica verstaan.

[5] Informations Médicales & Statistiques (IMS) is een bedrijf dat informatie verzamelt voor de geneesmiddelenindustrie. Net als de verkoopscijfers op de automobielmarkt, worden ook de verkoopscijfers van geneesmiddelen niet publiekelijk bekend gemaakt. Omdat deze cijfers van belang zijn voor de marketingstrategie van de bedrijven, kunnen specifieke cijfers pas tegen betaling verkregen worden. Op een globaal niveau, zijn de cijfers echter wel gewoon verkrijgbaar.

opmerkelijk, aangezien er geen reclame bij het grote publiek wordt gemaakt voor Perdolan. De 10 meest verkochte geneesmiddelen in 1994 omvatten 6 pijnstillers, 2 kalmeermiddelen, 1 maagmiddel en 1 antibioticum.

Tabel 26: De meest verkochte specialiteiten in België in 1994.

merknaam	therapeutische Categorie	aantal verkochte verpakkingen
1. Perdolan	Pijnstiller	4.280.000
2. Aspirine Bayer	Pijnstiller	2.160.000
3. Nerofen	Pijnstiller	1.991.000
4. Temesta	Kalmeermiddel	1.961.000
5. Motilium	Maagmiddel	1.814.000
6. Augmentin	Antibioticum	1.775.000
7. Sedergine	Pijnstiller	1.758.000
8. Dafalgan	Pijnstiller	1.741.000
9. Aspro	Pijnstiller	1.741.000
10. Lexotan	Kalmeermiddel	1.507.000
11. Actifed	Anti-hoestmiddel	1.441.000
12. Clamoxyl	Antibioticum	1.353.000
13. Lysomucil	Slijmverdunner	1.259.000
14. Hydergine	Vaatverwijder	1.185.000
15. Voltaren	Anti-ontstekingsmiddel	1.158.000

Bron: Luk Joossens. *Geneesmiddelen 1996*, Brussel, OIVO, 1996.

4.2.2. De kostprijs van geneesmiddelen.

In paragraaf 4.2.1. werd een overzicht gegeven van de geneesmiddelenomzet van de farmaceutische sector. Zoals het OIVO formuleert, betekent de geneesmiddelenomzet voor de ene inkomsten en voor de andere uitgaven. Voor de patiënt is het belangrijk dat zij het aangeboden geneesmiddelenpakket kan blijven betalen, terwijl de overheid ervoor moet zorgen dat zij de controle over de uitgaven van de sociale zekerheid niet verliest. Geneesmiddelen vormen voor deze twee partijen een kost, terwijl de farmaceutische industrie inkomsten put uit de geneesmiddelenbesteding.

Het Belgisch Instituut voor Gezondheidseconomie (BIGE)bestudeert de uitgaven in de gezondheidszorg. Tabel 27 situeert België ten opzichte van de andere Europese landen voor de geneesmiddelenuitgaven per capita. Daaruit blijkt dat België een van de vooraanstaande consumenten is op het vlak van geneesmiddelen tesamen met Duitsland en Frankrijk. Beschouwt men enkel de overheidsuitgaven, dan mogen we besluiten dat Luxemburg, Frankrijk, Nederland en Duitsland een beduidend grotere overheidsuitgave aan geneesmiddelen per hoofd van de bevolking registreren in vergelijking met België.

Tabel 27: Uitgaven voor geneesmiddelen per capita in 1994, in de ambulante praktijk.

landen	totale besteding[6]		overheidsbesteding	
	in ECU	België = 100	in ECU	België = 100
België	271	100	123	100
Luxemburg (1991)	230	85	195	159
Frankrijk	310	114	189	154
Nederland	172	63	157	128
Duitsland (1993)	350	129	231	188
United Kingdom	156	58	101	82
Ierland	111	41	-	-
Denemarken	174	64	89	73
Italië	217	80	89	73
Spanje (1992)	163	60	124	101
Portugal	141	52	88	72
Griekenland (1992)	82	30	20	16
Oostenrijk	205	76	132	108
Finland	172	63	79	64
Zweden	192	71	136	111

Bron: OESO & Berekeningen: BIGE, in: F. De Wolf (red.). *Compendium gezondheidsstatistiek 1996*, Lier, BIGE, 1996.

[6] Onder de totale besteding verstaan wij zowel de privé- als de overheidsuitgaven. De overheidsbesteding omvat op haar beurt de tussenkomsten voor gezondheidszorgen, publieke investeringen of subsidies en algemene uitgaven.

Tabel 28: Door het RIZIV terugbetaalde geneesmiddelen in 1995, uitgedrukt in miljoen BEF en in percentages[7].

omschrijving	**uitgaven (x 1 miljoen BEF)**	**uitgaven in percentages**
- magistrale bereidingen verstrekt via een voor het publiek toegankelijke apotheek	3.394	5,3
- specialiteiten verstrekt via een voor het publiek toegankelijke apotheek:	44.092	68,5
- totaal magistrale bereidingen en specialiteiten:	**47.486**	**73,8**
- specialiteiten verstrekt via een hospitaalapotheek aan gehospitaliseerde rechthebbenden:	**13.592**	**21,1**
- specialiteiten verstrekt via een hospitaalapotheek aan niet-gehospitaliseerde patiënt :	**3.262**	**5,1**
totaal	**64.340**	**100**

Bron: RIZIV; berekeningen BIGE, in: F. De Wolf. *Compendium gezondheidsstatistiek 1996*, BIGE, 1996.

Behalve het BIGE publiceert Het Rijksinstituut voor Ziekte en Invaliditeitsverzekering jaarlijks de overheidsuitgaven voor verstrekkingen aan geneeskundige verzorging. In het jaar 1995 werd een totaal bedrag van 64.340 miljoen BEF aan farmaceutische middelen besteed (zie tabel 28). Van dit bedrag ging 3.394 miljoen BEF naar magistrale bereidingen en de overige 60.946 miljoen BEF werd besteed aan medicatie, ook wel 'specialiteit' genoemd. Inzake medicatie wordt een onderscheid gemaakt tussen de medicatie die verstrekt wordt via ziekenhuizen en de medicatie die aan de apotheken wordt afgeleverd. Evenwel dient opgemerkt te worden dat deze cijfers slechts een beeld geven van het verbruik van de geneesmiddelen die terugbetaald worden door het RIZIV. Gezien slaap-, en kalmeermiddelen niet terugbetaald worden door het RIZIV, kan hun verbruik geen invloed hebben op deze cijfers.

Nu we weten hoeveel de Belgische overheid in 1995 heeft uitgegeven aan de terugbetaling van geneesmiddelen, kunnen we ons vervolgens afvragen hoeveel de gemiddelde Belg uitgeeft aan geneesmiddelen. Volgens het OIVO geven de Belgen gemiddeld ongeveer 1000 frank per maand uit voor hun geneesmiddelen, waarvan de helft wordt terugbetaald door het ziekenfonds. Het gaat hier om gemiddelden die vrij ongelijk verdeeld zijn.

Apothekers worden meer en meer geconfronteerd met patiënten die hun geneesmiddelen niet meer kunnen betalen. Deze ervaring wordt ook gedeeld door een groter aantal artsen. Vooral alleenstaande bejaarden met een klein pensioen

[7] Het gaat hier enkel over de nettobedragen, met name de tussenkomst van het RIZIV.

hebben het moeilijk om hun geneesmiddelenuitgaven te betalen. Uit een enquête van Field Research bij ruim 2.000 personen in 1995 blijkt dat 54% van de bevraagde personen de prijs van geneesmiddelen in België te hoog vindt, 41% vindt de prijs correct en slechts 5% vindt ze goedkoop. Naarmate men ouder is, klaagt men meer over de prijs van geneesmiddelen. Het zijn voornamelijk zuigelingen en bejaarden die meer geneesmiddelen gebruiken dan de andere leeftijdsgroepen.

Naast bejaarden en zuigelingen gebruiken ook vrouwen opvallend meer geneesmiddelen dan mannen en dit in elke leeftijdsgroep[8]. De personen die het meest verschillende geneesmiddelen innemen naast zieken, zijn niet-actieve vrouwen, zeventigplussers, arbeiders, bedienden, middenstanders, laaggeschoolden, personen met een laag inkomen. Behalve het geslacht en de sociale groep waartoe men behoort, speelt leeftijd ook een grote rol. Het gebruik van geneesmiddelen is hoog in de zuigelingenperiode (0 tot 2 jaar) en neemt daarna af in de groep van 10 tot 40 jaar om dan toe te nemen. In Vlaanderen is het gebruik van geneesmiddelen in de periode 1990-1994 sterk toegenomen. In 1990 nam ongeveer één op vier pillen tegen hoofdpijn in, terwijl in 1994 dit percentage opliep tot één op drie. In hetzelfde onderzoek is het gebruik bij meisjes vooral toegenomen bij 15-jarigen (van 41% tot 48%) en bij 17-jarigen (van 42% naar 50%).

[8] Voor meer informatie over deze onderzoeksresultaten (auteur, jaar publicatie,..) die in deze alinea kort werden beschreven, verwijzen we graag naar de brochure "Geneesmiddelen 1996" van het OIVO.

4.2.3. Gegevens betreffende het aantal geneesheren en apothekers.

In 1955 waren er 9.937 geneesheren, wat betekende dat er 895 inwoners per geneesheer waren. In 1995 noteerde men 38.369 geneesheren met 290 inwoners per geneesheer. De evolutie sedert 1980 zoals weergegeven in tabel 29 toont aan dat het aantal geneesheren een continue stijging kent. Deze situatie heeft mogelijke gevolgen voor medische consumptie en voorschrijfgedrag. Met de stijging van het aantal geneesheren zien we ook een stijging van het aantal apothekers. Het aantal apothekers is evenredig gestegen met het aantal geneesheren (zie tabel 29). In vergelijking met het aantal geneesheren per 10.000 inwoners zijn er twee derde minder apothekers per 10.000 inwoners. Zo waren er in 1995 13,7 apothekers per 10.000 inwoners, terwijl dit aantal bij de geneesheren 34,4 bedroeg.

Tabel 29: Evolutie van het totaal aantal geneesheren en apothekers in België voor de periode 1980-1995.

jaar	totaal aantal geneesheren	aantal geneesheren per 10.000 inwoners	aantal inwoners per geneesheer	totaal aantal apothekers[9]	aantal apothekers per 10.000 inwoners
1980	24.536	24,90	402	9.682	9,82
1981	25.629	25,98	385	9.942	10,09
1982	26.593	26,99	371	10.177	10,33
1983	27.726	28,13	356	10.363	10,52
1984	28.828	29,26	342	10.608	10,77
1986 (juli)	29.993	30,42	329	10.792	10,95
1986 (dec)	30.942	31,38	319	11.027	11,18
1987	31.718	32,15	311	11.472	11,63
1988	32.571	32,98	303	11.629	11,78
1989	33.442	33,69	397	12.014	12,10
1990	34.275	34,45	290	12.335	12,40
1991	35.199	35,24	284	12.449	12,51
1992	36.178	36,10	277	12.896	12,87
1993	36.821	36,57	273	13.363	13,27
1994	37.792	37,42	267	13.657	13,52
1995	38.369	34,40[10]	290[11]	13.926	13,70

Bron: Ministerie van Volksgezondheid en Leefmilieu, Centrum voor Informatieverwerking, 1995 en Ministerie Volksgezondheid; berekeningen BIGE, in: F. De Wolf (red.). *Compendium gezondheidsstatistiek 1996*, BIGE, 1996.

---

[9] Het gaat hier enkel om het totaal aantal gediplomeerde apothekers. De apothekers in ziekenhuis- en open apotheken werden dus niet meegeteld in de berekeningen. Het aantal ziekenhuisapotheken en het aantal open apotheken in 1995 bedroeg respectievelijk 9.499 en 5.251.

[10] In deze berekeningen voor 1995 zijn, in tegenstelling tot de voorgaande jaren, behalve de huisartsen en specialisten ook nog de kandidaatspecialisten gerekend.

[11] In deze berekeningen voor 1995 zijn, in tegenstelling tot de voorgaande jaren, behalve de huisartsen en specialisten ook nog de kandidaatspecialisten gerekend.

Opgesplitst naar provincie tellen Brabant en Luik het minst aantal inwoners per apotheker, terwijl er in Limburg en Luxemburg het meest aantal inwoners per apotheker zijn (zie tabel 30).

Tabel 30: Aantal inwoners per apotheker, per provincie en Gewest

provincie of gewest	aantal inwoners per apotheker
Antwerpen	821
Brussel Hoofdstad	556
Vlaams-Brabant	699
Waals-Brabant	568
West-Vlaanderen	822
Oost-Vlaanderen	728
Henegouwen	794
Luik	636
Limburg	1.162
Luxemburg	885
Namen	708
Vlaams Gewest	804
Brussels Gewest	556
Wallonië	706
Het Rijk	740

Bron: Ministerie van Volksgezondheid en Leefmilieu, Centrum voor Informatieverwerking, 1995.

In de volgende tabel presenteren we het aantal inwoners per geneesheer voor een aantal Europese landen. Op Italië, Hongarije en Spanje na heeft België - Europees gezien - het minst aantal inwoners per geneesheer.

Tabel 31: Aantal inwoners per geneesheer in een aantal Europese landen, voor verschillende jaren.

landen	aantal inwoners per geneesheer
België	267 (1995)
Denemarken	353 (1992)
Duitsland	320 (1992)
Frankrijk	362 (1992)
Ierland	643 (1990)
Italië	196 (1991)
Luxemburg	496 (1991)
Nederland	415 (1988)
United Kingdom	615 (1992)
Hongarije	266 (1992)
Spanje	251 (1992)
Polen	345 (1992)

Bron: EEG, 1994

4.3. Illegale drugs.

Bron: M. Beullens, E. Devroe, P. Ponsaers. Een vergelijkend jaaroverzicht van de criminaliteit in 1994-1995. Op basis van GICS. Afdeling Politiebeleidsondersteuning - Algemene Politiesteundienst, Handboek Politiediensten, Dossier 1996. Algemene Politiesteundienst. Afdeling Politiebeleidsondersteuning. Leuven, Kluwer Editorial, 1996.
Bron: Questionnaire destiné aux rapports annuels pour 1995. Commission des stupéfiants des Nations Unies. Vienne, Programme des Nations Unies pour le Contrôle International des drogues. Centre international de Vienne, 1996.
Bron: Ministerie van Financiën. Administratie der Douane en accijnzen.

In deze paragrafen gaan we wat dieper in op cijfers omtrent verdovende middelen. Het zijn cijfers die door de Verenigde Naties werden verzameld en die afkomstig zijn van politiediensten (de Algemene Politiesteundienst (APSD)). De APSD is ondermeer het contactpunt voor Interpol en Europol in België en verzamelt gegevens van alle politiediensten in België, met name de Gerechtelijke Politie, de Rijkswacht, de Douane en de Gemeentepolitie.

Hieronder volgen een aantal uittreksels over de prijzen van de verdovende middelen, de evolutie van het aantal personen betrokken in een zaak met verdovende middelen vastgesteld door de politiediensten, cijfers over de inbeslagname van drugs en de trends in gebruik en trafiek van illegale drugs. Deze cijfers zeggen niet zozeer iets over het druggebruik op zich, maar wel over de activiteiten van politiediensten op dit vlak, de eventuele beschikbaarheid van bepaalde producten in het land en de functie van België als transitland van deze middelen.

4.3.1. Prijzen van de verdovende middelen in 1995.

Tabel 32: De groothandels- en detailhandelsprijs van drugs.

soort drug	groothandelsprijs	detailhandelsprijs
cocaïne	900.000 frank per kg	2.750 frank per gramme
heroïne	900.000 frank per kg	2.250 frank per gramme
XTC	120 frank per pil	500 frank per pil
hash	175.000 per kg	300 frank per gramme
cannabis	130.000 per kg	200 frank per gramme

Bron: *Questionnaire destiné aux rapports annuels pour 1995. Commission des stupéfiants des Nations Unies.* Vienne, Programme des Nations Unies pour le Contrôle International des drogues. Centre international de Vienne, 1996.

4.3.2. Gerechtelijke aspecten.

4.3.2.1. Evolutie van het aantal personen betrokken in een zaak met verdovende middelen vastgesteld door de politiediensten.

In tabel 33 worden zowel gebruikers, dealers, als (internationale) handelaars samengebracht. Sinds 1991 is er een grote stijging van het totaal aantal betrokken personen in drugzaken, met bijna een verdubbeling het jaar erop. Sinds 1992 ligt het aantal personen betrokken in een drugzaak rond de 19.000. In 1995 bedroeg dit aantal 18.376 personen. Op zich zeggen deze cijfers daarom niet noodzakelijk iets over de toe- of afname van het druggebruik. Wel kunnen ze richtinggevend zijn voor de toegenomen activiteit van de politiediensten op dit terrein of de toename van de (doorvoer)handel in België.

Tabel 33 : De evolutie van het aantal zaken in verband met verdovende middelen vastgesteld door de politiediensten in België voor de periode 1985-1995.

jaar	totaal aantal personen
1985	3.917
1986	4.646
1987	6.393
1988	7.000
1989	6.093
1990	7.051
1991	10.720
1992	18.179
1993	19.482
1994	19.467
1995	18.376

Bron: *Questionnaire destiné aux rapports annuels pour 1995. Commission des stupéfiants des Nations Unies.* Vienne, Programme des Nations Unies pour le Contrôle International des drogues. Centre international de Vienne, 1996.

Een eerste vergelijkende studie van GICS-criminaliteitscijfers voor 1994 en 1995 komt nu aan bod. De GICS staat voor Geïntegreerde Interpolitiële CriminaliteitsStatistiek en wordt aangemaakt door de Afdeling Politiebeleidsondersteuning (PBO) van de APSD. Ze omvat gegevens van de rijkswacht, de gemeentepolitie en de gerechtelijke politie. In 1994 bevatte de GICS-databank informatie van 368 gemeenten (van de 589) van de drie politiediensten. Tijdens het tweede registratiejaar liep dit aantal op tot 518 gemeenten. Methodologisch gezien kan men de beide jaardatabanken moeilijk vergelijken. Het resultaat van een dergelijke vergelijking zou veeleer het verschil in onvolledigheid van de databank weergeven dan reële variaties in geregistreerde criminaliteit. Daarom zijn de nu gepresenteerde resultaten afkomstig van gegevens van dezelfde steekproef in het jaar 1994 en 1995. De volledige databank voor 1995 zal in de toekomst vergeleken worden met de databank voor 1996.

Tabel 34 geeft de verdeling weer van 617.851 feiten naar 23 hoofdrubrieken voor 1994 en 1995. De eerste zes hoogst scorende delicten nemen reeds een aandeel

van 81,4% van de totale criminaliteit voor hun rekening. Feiten in verband met verdovende middelen stijgen het meest. In 1995 werden bijna 12.000 PV's meer opgesteld dan in 1994 voor dit misdrijf. Maar ten opzichte van de totale criminaliteit bedraagt het aantal feiten in verband met verdovende middelen slechts 4,4%. Uitgedrukt in criminaliteitsgraad[1] geeft dat in 1994 1,93 en in 1995 3,44. Dit is een stijging van 1,51 of van 78%. In vergelijking met diefstal en afpersing bedraagt de criminaliteitsgraad echter 38,21 en 8,16. Er worden per maand en per 1.000 inwoners dus 11 keer meer feiten gepleegd met betrekking tot diefstal dan tot verdovende middelen. In 1994 maken misdrijven met verdovende middelen 2,7% uit van de geregistreerde misdrijven. In 1995 is dat1,7% meer.

Tabel 34: Nationale vergelijking verhouding misdrijven (1994-1995), uitgedrukt in percentages.

misdrijven	1994	1995	verschil
diefstal en afpersing	52,1	48,8	-3,3
gewelddadige misdrijven tegen eigendom	10,3	10,4	+0,1
bedrogmisdrijven tegen de eigendom	8,1	6,9	-1,2
misdrijven tegen de lichamelijke integriteit	7,2	7,5	+0,3
misdrijven tegen de openbare veiligheid	3,1	3,4	+0,3
verdovende middelen	2,7	4,4	+1,7
misdrijven tegen de familie	1,7	1,8	+0,1
misdrijven tegen andere morele waarden en gevoelens	1,6	1,8	+0,2
misdrijven tegen de openbare trouw	1,5	2,0	+0,5
milieu	1,3	1,5	+0,2
vreemdelingenwetgeving	1,2	1,3	+0,1
bevolkingsregister	1,2	1,3	+0,1
wapens en springstoffen	1,2	1,3	+0,1
jeugdbescherming	1,2	1,3	+0,1
dronkenschap, alcohol, alcoholslijterij	1,1	1,2	+0,1
misdrijven tegen gezag van de overheid	0,8	0,9	+0,1
arbeid	0,4	0,4	-
dierenbescherming	0,3	0,4	+0,1
misdrijven tegen de sexuele moraal	0,3	0,3	-
identiteitskaart	0,3	0,4	+0,1
misdrijven tegen huidige juridische statuut van het kind	0,2	0,2	-
handelspraktijken	0,1	0,2	+0,1
bescherming personen	0,1	0,2	+0,1
rest[2]	1,9	2,1	+0,2
totaal	**100,0**	**100,0**	

Bron: M. Beullens, E. Devroe, P. Ponsaers. *Een vergelijkend jaaroverzicht van de criminaliteit in 1994-1995. Op basis van GICS. Afdeling Politiebeleidsondersteuning - Algemene Politiesteundienst, Handboek Politiediensten, Dossier 1996.* Algemene Politiesteundienst. Afdeling Politiebeleidsondersteuning. Leuven, Kluwer Editorial, 1996.

[1] De criminaliteitsgraad geeft aan hoeveel feiten er per 1.000 inwoners en per maand werden gepleegd. Een criminaliteitsgraad van 3,44 wil zeggen dat er per maand per 1.000 inwoners 3,44 feiten werden gepleegd. Deze graadmeter is een meer gestandaardiseerde indicator die toelaat om regio's met een verschillende bevolkingsdichtheid met elkaar te vergelijken.

[2] Onder de 'restcategorie' worden de volgende misdrijven verstaan: inbreuken inzake volksgezondheid, spelen, natuurbehoud, vervoer, bescherming tegen de openbare inkomsten, onwettige uitoefening van het openbaar gezag, fiscale inbreuken, economische wetgeving, voedingswaren, misdrijven tegen de persoonlijke vrijheid, preventie, militair strafrecht, kieswetgeving, misdrijven tegen de veiligheid van de staat en privémilities en huursoldaten.

Tabel 35: Nationale vergelijking verdovende middelen voor de periode 1994-1995, opgesplitst naar gebruik, bezit, in- en uitvoer, fabricatie en handel, uitgedrukt in criminaliteitsgraden en percentages.

verdovende middelen	soort misdrijf	graad 1995 aantal misdrijven per maand per 1.000 inwoners	verschil met 1994 in %	% in 1994	% in 1995
bezit	wederrechtelijk bezit	1,36	+ 62,8		
	aanschaffing door vervalsing geneeskundige voorschriften	0,0	+		
	subtotaal	**1,36**	**+ 62,6**	**43,5**	**39,6**
gebruik	gebruik in groep	0,48	+ 96,8		
	gebruik vergemakkelijken tav meerderjarigen	0,03	+ 69,7		
	gebruik vergemakkelijken tav minderjarigen > 16 jaar	0,01	+		
	gebruik vergemakkelijken tav minderjarigen 12-16 jaar	0,0	+		
	gebruik vergemakkelijken tav minderjarigen < 12 jaar		-		
	aanzetten tot gebruik	0,02	- 2,9		
	wederrechtelijk gebruik	0,56	+ 73,9		
	subtotaal	**1,11**	**+ 80,3**	**31,9**	**32,2**
in- en uitvoer, fabricatie en handel	in- en uitvoer zonder machtiging	0,49	+ 155,7		
	onwettige bewerking en vervaardiging	0,01	+		
	verkopen zonder machtiging	0,26	+ 72,1		
	vereniging of overeenkomst voor de zwendel	0,01	+		
	subtotaal	**0,77**	**+ 113,2**	**18,8**	**22,3**
andere vormen		**0,20**	**+ 82,0**	**5,8**	**5,9**
totaal		**3,44**	**+ 78,9**	**100**	**100**

Bron: M. Beullens, E. Devroe, P. Ponsaers. *Een vergelijkend jaaroverzicht van de criminaliteit in 1994-1995. Op basis van GICS. Afdeling Politiebeleidsondersteuning - Algemene Politiesteundienst, Handboek Politiediensten, Dossier 1996.* Algemene Politiesteundienst. Afdeling Politiebeleidsondersteuning. Leuven, Kluwer Editorial, 1996.

Tabel 35 maakt een verdere analyse van het aantal drugmisdrijven. De hoofdrubrieken (kolom 1) worden onderverdeeld in specifiekere drugdelicten (kolom 2). In de 3de kolom wordt de criminaliteitsgraad van de verschillende delicten weergegeven voor 1995. De 4de kolom geeft het procentueel verschil weer voor 1994. De kolommen 5 en 6 drukken het aandeel van elke hoofdrubriek uit ten opzichte van het totaal aantal drugmisdrijven voor 1994 en 1995. Delicten wegens in- en uitvoer, fabricatie en handel stijgen procentueel gezien het meest voor 1995 ten opzichte van 1994 (1994: 18,8% -> 1995: 22,3%). Blijkbaar werd er meer aandacht besteed en meer controles verricht op deze gebieden. Het aantal registraties steeg van 2.842 feiten in 1994 naar 6.061 feiten in 1995. Toch kennen

de andere rubrieken eveneens een stijgende trend, waarbij het gebruik en het bezit bijna verdubbelen. In 1994 werd 6.596 keer drugbezit geregistreerd. In 1995 was dat 10.728 keer het geval. Ook ten aanzien van gebruikers werd blijkbaar meer opgetreden: van 4.835 feiten in 1994 werden de vaststellingen uitgebreid naar 8.721 in 1995.

In het totaal werden in de loop van 1995 27.115 inbreuken tegen de wet op de verdovende middelen geregistreerd. Het valt op dat het bezit (10.728 feiten) en gebruik (8.721 feiten) tesamen 71,8% uitmaken van de drugproblematiek. De in- en uitvoer en de andere vormen nemen in 1994 een kwart (24,6%) voor hun rekening, in 1995 neemt deze categorie een belangrijker percentage in (28,2%). Drugbezit neemt nog steeds een meerderheid in binnen de drugsdelicten (39,6%). De teleenheid is hier nog steeds 'het feit' en niet 'het procesverbaal'. Deze methodologie zorgt ervoor dat lokale registratiepraktijken in een GICS-databank niet langer detecteerbaar zijn[3].

Het gebruik wordt bovendien opgedeeld naar leeftijd. De rubriek 'gebruik in groep' kent hierbij de grootste stijging (van 1.925 feiten in 1994 naar 3.788 feiten in 1995). Het wederrechtelijk gebruik is echter in kwantiteit belangrijker en kent een stijging van 73,9% (van 2.588 feiten in 1994 naar 4.499 feiten in 1995. Het 'verkopen zonder machtiging' maakt de tweede grootste subrubriek uit en kent een stijging van 72,1% (van 1.191 feiten in 1994 naar 2.050 in 1995). Er werden echter weinig PV's opgemaakt voor 'vereniging en overeenkomst voor de zwendel' (87 feiten in 1994 en 94 feiten in 1995).

In het rapport geeft men als mogelijke verklaring voor de stijging van het aantal feiten in verband met verdovende middelen het pro-actieve optreden van de politiediensten. De stijging van de opsporingsbereidheid van de politiediensten is volgens het rapport, voornamelijk het gevolg van de aandacht die in 1995 zowel beleidsmatig (congressen over drugproblematiek, 'Drugsplan 2000,...) als in de media werd besteed aan drugmisdrijven.

---

[3] Dit betekent dat er 1 proces-verbaal kan voorkomen, waarbij 10 personen werden gearresteerd omdat ze in het bezit waren van drugs. Men krijgt dan 1 telling in de GICS-cijfers (1 feit binnen 1 proces-verbaal), met 10 'daders'. Omdat nog niet elk gerechtelijk arrondissement een preciese inventaris heeft opgemaakt met dadergegevens, kan deze informatie moeilijk worden beoordeeld door de huidige GICS-databank.

4.3.2.2. De inbeslagname van drugs.

Tabel 36: Inbeslaggenomen producten voor de periode 1994 en 1995: inbeslagnames, hoeveelheden en aantal gearresteerde personen.

product	**inbeslag-names 1994**	**inbeslag-names 1995**	**hoeveel-heid 1994**	**hoeveelheid 1995**	**aantal pers 1994**	**aantal pers 1995**
opium	14	22	0,674 kg	0,023 kg	30	30
morfine	18	15	7,754 kg	19,080 kg	21	21
heroïne	3.024	3.158	136,9 kg	129,399 kg	4.380	4.552
codeïne	2	3	0,032 kg	0,031 kg	-	4
methadon	17	16	-	1.092 pil	-	21
methadon (liter)	-	-	0,003 l	-	-	-
methadon (ampoulen)	-	-	-	-	-	-
methadon (pillen)	-	-	500 pil	-	-	-
cocaïne	927	1.046	479,4 kg	576,176 kg	1.474	1.654
crack	26	5	0,044 kg	0,007 kg	37	132
marihuana	2.877	5.714	34.737 kg	38.103,508 kg	-	-
hasj	5.653	-	25.165 kg	-	-	-
cannabis (wortelen)	-	7.570	-	32.582,147 kg	-	20.033[5]
cannabis (planten)	90	78	22,25 kg	2.784 eenh[4]	-	-
cannabis (zaad)	6	14	0,089 kg	0,470 kg	-	-
cannabis (olie)	2	3	-	-	-	-
speed (pillen)	-	-	2.259 pil	504 eenh	-	-
speed	476	466	5,1 kg	8,875 kg	-	688
amfetamines (liter)	106	-	0,003 l	-	-	-
amfetamines	-	102	22,78 kg	68,154 kg	-	177
LSD (doses)	301	281	5.237 doses	5.458 doses	586	433[6]
metaqualone (pillen)	1	-	20 pil	-	-	-
metaqualone	-	-	-	-	-	-
stimulantia (divers)	-	-	-	-	2.294	-
XTC	-		11,38 kg	12,767 kg	1.357	-
XTC (pillen)	872	1.002	55.637 pil	320.441 pil	-	129
dempende medicatie	-	-	0,07 kg	-	196	-
dempende medicatie	128	-	1.400 pil	-	-	-
andere hallucinogenen	4	12	-	-	-	433[7]

Bron: *Questionnaire destiné aux rapports annuels pour 1995. Commission des stupéfiants des Nations Unies.* Vienne, Programme des Nations Unies pour le Contrôle International des drogues. Centre international de Vienne, 1996.

---

4 In het jaarverslag 1995, gepubliceerd in 1996, wordt er geen onderscheid meer gemaakt tussen dosissen, tabletten, ampoulen, planten, ... en worden zij samengebracht onder eenzelfde noemer, namelijk "eenheid".

5 Onder dit aantal zijn deze personen begrepen die in het bezit waren van of zorgden voor de trafiek van cannabisbladeren, -wortelen of cannabis in vloeibare staat.

6 Onder dit aantal zijn deze personen begrepen die in het bezit waren van LSD of van andere hallucinogenen of zorgden voor de trafiek ervan.

7 Onder dit aantal zijn deze personen begrepen die in het bezit waren van LSD of van andere hallucinogenen of zorgden voor de trafiek ervan.

De belangrijkste genoteerde vangsten in tabel 36 zijn deze van heroïne, cocaïne, marihuana en cannabis. Zo is het aantal heroïnevangsten lichtjes gestegen in 1995 alsook het aantal betrokken personen. Eenzelfde tendens kan men opmerken bij het aantal cocaïne- en XTC-vangsten. De inbeslagnames van marihuana daarentegen verdubbelde ten aanzien van het jaar voorheen. Voor de overige middelen zijn het aantal inbeslagnames ongeveer stabiel gebleven.

4.3.3. Trends in gebruik en trafiek van illegale drugs.

1. Heroïne.
80% van de totale heroïnetrafiek komt uit de gouden croissant (Midden Oosten: Syrië, Irak, Libanon,...) en de overige 20% is afkomstig uit de gouden driehoek (Laos, Thailand en Birma).

2. Cocaïne.
Cocaïne blijft voornamelijk afkomstig uit de Latijns-Amerikaanse Andes-landen. De drugs komen meestal via Colombia, Brazilië, Venezuela of uit Trinidad en Tobago ons land binnen. Dit gebeurt meestal per schip of vliegtuig. Zaventem, de haven van Antwerpen en Zeebrugge zijn hierom bekend. De meeste cocaïne is in transit bestemd voor andere landen, zoals Nederland, Frankrijk, Duitsland en Groot-Brittannië. De inbeslagnames van cocaïne steeg constant gedurende de laatste tien jaar, met een record van ongeveer 3 ton in 1993. In 1995 waren het aantal inbeslagnames nog steeds aanzienlijk, maar de hoeveelheden daalden beduidend.

3. Cannabis.
Cannabis is een vrij populaire drug in België. Het aantal inbeslagnames was het afgelopen jaar aanzienlijk. De meeste cannabis is afkomstig van Marokko, Colombië, Nigeria en Cambodja en bereikt ons land via maritieme wegen of landwegen. De voornaamste eindbestemmingen zijn Nederland, Verenigd Koninkrijk en Oost-Europa.
Hasj is een ander veel genoemde cannabisproduct. 62% van de totale hasjtrafiek komt uit Marocco, 28% uit Pakistan en 8% uit Kenia. Ook hier vormen Nederland en Oost-Europa vaak het eindpunt.

4. XTC.
XTC wordt voornamelijk ingevoerd vanuit Nederland en Oost-Europa, maar ook België neemt een deel van de productie voor zijn rekening.

In tabel 36 worden de verschillende soorten wegbeschrijvingen van verdovende middelen in 1996, zoals geregistreerd door de douane, weergegeven. Marihuana en hasj worden voornamelijk via de landwegen vervoerd via reizigers. In 1996 telde de douane respectievelijk 191 en 118 reizigers op de landwegen met marihuana en hasj in hun bezit. De grootste hoeveelheden worden echter via het maritiem verkeer vervoerd. Voor marihuana bedroeg deze geregistreerde hoeveelheid via het commercieel traject 55.431 kg en voor hasj 24.672 kg in 1996. Cocaïne wordt eerder via het luchtverkeer of maritiem verkeer vervoerd, maar in minder grote hoeveelheden in vergelijking met marihuana en hasj. De totale geregistreerde hoeveelheid cocaïne is uiteindelijk ook kleiner dan deze bij marihuana of hasj.

Tabel 36: De verschillende soorten wegbeschrijvingen van verdovende middelen, uitgedrukt in aantal personen (N) en hoeveelheden grammen (Q), in 1996.

wegbeschrijving		**marihuana**		**hasj**		**cocaïne**	
		N	Q	N	Q	N	Q
wegverkeer	via commercieel traject	-	-	-	-	-	-
	via de post	-	-	-	-	-	-
	via reizigers	191	7.421	118	410.567	10	30
	via vrachtvervoer	-	-	-	-	-	-
luchtverkeer	via commercieel traject	-	-	-	-	-	-
	via de post	4	77.250	-	-	6	5.884
	via reizigers	4	25.842	1	6.632	22	142.664
	via reistoerusting	-		-	-	-	-
	via vrachtvervoer	14	229.998	-	-	-	-
maritiem-verkeer	via commercieel traject	24	55.431.127	5	24.672.000	-	-
	via de post	-	-	-	-	-	-
	via reizigers	-	-	-	-	-	-
	via reistoerusting	-	-	-	-	5	53.313
	via jachts	-	-	3	7.300	-	-
	via vrachtvervoer	2	1.020.000	5	6.823.049	21	522.631
spoorweg-verkeer	via commercieel traject	-	-	-	-	-	-
	via de post	-	-	-	-	-	-
	via reizigers	1	1	3	4	1	5
	via individuen	-	-	-	-	-	-
	via vrachtvervoer	-	-	-	-	1	597
totaal		**240**	**56.791.639**	**135**	**31.919.552**	**66**	**725.124**

Bron: Ministerie van Financiën. Administratie der Douane en Accijnzen.

5. Conclusies

5.1. Algemene bedenkingen.

5.1.1. Gegevensverzameling.

Op onze zoektocht naar cijfermateriaal viel het op dat de beschikbare data over verschillende diensten zijn verspreid, wat de vergelijkbaarheid van studies bemoeilijkt. Toch hebben een aantal instanties pogingen gedaan om de interne vergelijkbaarheid van gegevens te verhogen. Het VLIS-DC, de herhaalde registratie van druggebruikers in aanraking met de parketten van Vlaanderen en Brussel en de systematische aangifte van de nieuwe HIV-seropositieven door de acht AIDS-referentielaboratoria vormen hiervan een voorbeeld.

In 1996 zijn op nationaal niveau echter geen onderzoeken verricht naar alcohol-, medicatie- en druggebruik. Vandaar dat we beroep deden op bevolkingsonderzoeken op gemeenschaps-, gewestniveau of op lokaal vlak, op officiële statistieken en zogenaamde 'utilization studies'. Deze verschillende soorten onderzoeken geven complementaire informatie over alcohol-, medicatie- en druggebruik. Hieronder bespreken we een aantal sterke en zwakke punten van dit soort onderzoeken.

5.1.2. Bevolkingsonderzoeken.

Bevolkingsonderzoeken hebben meestal betrekking op grote populaties of deelpopulaties. Bij dergelijke onderzoeken legt men meestal een grotere nauwkeurigheid aan de dag wat betreft ***de validiteit en de betrouwbaarheid van de onderzoeksmethodes.*** Verder bieden bevolkingsonderzoeken, omwille van hun grote steekproef, een voordeel op het vlak van ***representativiteit.*** Een moeilijkheid blijft het vinden van het juiste kanaal om een goede steekproef op te zetten: bereiken we via een schoolbevraging alle jongeren of vallen juist die jongeren die voor het onderzoek belangrijk zijn ***('hidden populations')*** eruit? Bij schoolonderzoeken gaat het om jongeren die naar de middelbare school gaan. Scholieren vormen echter een deel van de jeugd. Jongeren die het grootste risico op druggebruik of -misbruik lopen, worden door deze manier van werken niet in rekening gebracht. Denken we maar aan vroege schoolverlaters, werkloze jongeren en jongeren in instellingen, zieke jongeren of spijbelaars. Andere technieken om deze jongeren te bereiken, lijken ons hiervoor aangewezen (zie verder). Verder is het ook aan te raden om de onderzoeken over alcohol-, medicatie- en illegaal druggebruik niet te beperken tot de jongerenpopulatie, maar door te voeren bij ***de algemene bevolking (18-65 jaar).***

Daarnaast pleiten we ***voor eenvormige vragenlijsten, eenzelfde codering van de variabelen en rapportering*** om vergelijkingen tussen verschillende schoolonderzoeken mogelijk te maken. We stellen vast dat de regio, het tijdstip van bevraging en de samenstelling van de steekproef (leerjaren en onderwijsvormen) varieert van de ene tot de andere schoolenquête. Ook de vragen omtrent alcohol-,

medicatie- en druggebruik van de verscheidene schoolenquêtes verschillen qua inhoud en vraagstelling. Bovendien ***beperken deze onderzoeken zich meestal tot één bepaalde streek of regio***. Dit betekent dat voor een onderzoek op nationaal niveau samenwerking tusssen de verschillende landsdelen een absolute voorwaarde is. Tenslotte ontbreekt ook ***longitudinaal en cohortonderzoek*** wil men komen tot het beschrijven van trends en tot het trekken van correcte besluiten (over bijvoorbeeld de evolutie van de leeftijd waarop men voor het eerst regelmatig begon te gebruiken). We stellen immers vast dat zelden eenzelfde schoolenquête herhaald wordt voor een gelijkaardige populatie in dezelfde school.

5.1.3. Utilization studies.

Maar ook over diegenen die voor problematisch druggebruik beroep doen op de **ambulante en residentiële centra** ontbreekt het aan globale gegevens voor verder beleid en onderzoek. Het opzetten van een ***uniform registratiesysteem*** voor drugpreventie- en drughulpverleningsactiviteiten zou een eerste stap zijn in de goede richting. Op die manier krijgt men zicht op de gevoerde activiteiten in verschillende sectoren (lokaal, provinciaal in het kader van de preventie- en hulpverleningsplatforms op het niveau van de Vlaamse Gemeeschap, op nationaal niveau).

Nochtans geven de resultaten van dergelijke registratiesystemen in hoofdzaak een beeld weer van ***de capaciteit en de 'aantrekkelijkheid' van de behandelingsinstellingen.*** Het gaat per slot van rekening enkel om die personen die in contact zijn gekomen met ambulante of residentiële centra. De daling of stijging van het aantal druggebruikers in ambulante en residentiële centra kan men moeilijk extrapoleren naar de ganse groep van (problematische) druggebruikers in de maatschappij. Men heeft met andere woorden geen zicht op de druggebruikers die geen gebruik wensen te maken van het aanbod, omwille van o.a. taalproblemen, toegankelijkheid,... Vandaar dat utilization studies binnen **politiële of juridische milieus** complementaire informatie bieden op de registratie binnen de hulpverlening. Druggebruikers die met de politiediensten of het gerecht in aanraking komen, ervaren hun druggebruik meestal niet als problematisch en zijn daarom ook minder geneigd om in te gaan op het aanbod van de hulpverlening. Maar ook hier zitten we nog steeds met een selecte groep van druggebruikers, namelijk zij die in contact kwamen met de verschillende politiediensten. We hebben immers erop gewezen dat de registratie van druggebruikers door de politiediensten ook in hoofdzaak ***een reflectie is van de activiteiten van de politiediensten.*** Informatie uit utilization studies is dan ook aanvullend bij andere bronnen.

5.1.4. Officiële statistieken.

Officiële statistieken over alcohol-, medicatie- en druggebruik geven meestal louter univariate frequenties weer. Hoe groot is de alcoholproductie, hoeveel magistrale bereidingen waren er het afgelopen jaar, hoeveel grammen cannabis heeft men in beslag genomen? In het beste geval legt men de relatie tussen druggebruik en een andere variabele, bijvoorbeeld verkeersongevallen. Druggebruik is in dit geval een onafhankelijke variabele en verkeersongevallen de afhankelijke variabele. Men gaat

na welke de factoren zijn die de verkeersongevallen kunnen verklaren. Sociodemografische variabelen worden meestal niet in de analyse betrokken of slechts beperkt tot geslacht en leeftijd. Er ontbreekt hier een model waarbij meerdere factoren tegelijkertijd een rol spelen. Met betrekking tot de relatie tussen verkeersongevallen en druggebruik wordt bij de analyse bijvoorbeeld onvoldoende rekening gehouden met ondermeer de staat van het wegdek én het weer én de rijervaring van de bestuurder ter verklaring van verkeersongevallen. Het introduceren van meerdere variabelen in een model om hetzij verkeersongevallen te verklaren of een andere afhankelijke variabele (bijv. druggebruik), gebeurt in het algemeen nog te weinig. In het beste geval beperkt men zich meestal tot ***bivariate relaties.*** Aan de hand van ***multivariate analysetechnieken*** kan men echter achterhalen hoe groot de predictiekracht is van elke variabele voor het verklaren van de afhankelijke variabele.

5.1.5. Beoordeling onderzoeksopzet, kwaliteit van de vragenlijsten en verwerking van de gegevens bij de bevolkingsonderzoeken[1].

We beperken ons enkel tot de bevolkingsonderzoeken, omdat deze meestal de weergave zijn van heel het onderzoek, gaande van de beschrijving van de dataverzameling tot de beschrijving van de resultaten. Over het algemeen wordt in de meeste bevolkingsonderzoeken ***te weinig aandacht besteed aan de beschrijving van het onderzoeksopzet en de evaluatie ervan***. Waarschijnlijk heeft dit minder te maken met expertise, dan wel met het vooropgestelde budget en het gebrek aan tijd. Bovendien is de weergave van de resultaten in 'een rapport' in eerste instantie niet gericht op een gedetailleerde bespreking van de verschillende stappen van het onderzoeksopzet, de problemen die men hierbij ondervond en dergelijke meer. Meestal beperkt men zich tot de weergave van de steekproefgrootte, het totaal aantal mannen en vrouwen en de regio waar men de steekproef getrokken heeft. De wijze van steekproeftrekking komt bijvoorbeeld minder uitgebreid aan bod. Het onderzoek van L. Beaucourt van Aalst en dat van J. Pickery in Leuven zijn wat de beschrijving van het onderzoeksopzet betreft het verst gegaan.

Wat ***de kwaliteit van de vragenlijsten*** betreft, zien we enorme verschillen. De meeste vragenlijsten beperken zich tot alcohol en/of illegale drugs. In iets mindere mate wordt medicatie bevraagd. Daarnaast stelt men vragen over achtergrondskenmerken van de respondent, zoals het geslacht en de leeftijd. Socio-economische variabelen, zoals de onderwijsvorm (ASO, TSO, BSO) of het beroep van de ouders komen minder aan bod in vragenlijsten. Daarnaast

[1] De VAD heeft ter ondersteuning van vergelijkbaar schoolonderzoek een vragenlijst ter beschikking over alcohol, illegale drugs en medicatie. Van deze vragenlijst bestaan drie versies. De eerste versie is een beknopte vragenlijst, enkel over het gedrag van de respondent ten aanzien van alcohol, geneesmiddelen en drugs. De tweede versie is uitgebreider, met naast de gedragselementen ook andere aspecten, zoals eigen perceptie (attitude). De derde versie is de meest uitgebreide vragenlijst. Deze lijst betrekt ook nog een aantal omgevingsfactoren in het onderzoek. Het is uiteraard altijd mogelijk bepaalde vragen weg te laten en andere toe te voegen, naargelang de doelstellingen van het onderzoek. De vragenlijsten kunnen kosteloos aangevraagd worden bij VAD.

ontbreken in de meeste vragenlijsten vragen naar de mening van de respondent ten aanzien van druggebruik, vragen naar de druggebruikende omgeving van de jongeren, motieven voor druggebruik, attitude ten aanzien van andere 'deviante' (normoverschrijdende) gedragingen, enz. De meeste bevolkingsonderzoeken hanteren immers ***geen theoretisch model*** van waaruit men het druggebruik kan verklaren. Er wordt bijgevolg ***te weinig stilgestaan bij de operationalisering van begrippen als alcohol- of druggebruik of -misbruik***. Zo worden in sommige vragenlijsten bij de vraag naar alcoholgebruik zelfs geen referentieperiode (laatste week, laatste maand, ooit,...) vermeld. De meest uitgebreide vragenlijsten van de bevolkingsonderzoeken op lokaal niveau, waren deze van J. Pickery (Leuven) van L. Beaucourt (Aalst) en van W. De Pauw en E. Enhus (Asse). Kwalitatief gezien behoorden deze vragenlijsten ook tot de betere. Het onderzoek van W. De Pauw en E. Enhus (Asse) en dat van J. Pickery (Leuven) vertrokken hierbij van concrete hypotheses bij het maken van de vragenlijsten en bij het beschrijven van de resultaten.

5.1.6. Kwantitatieve analyse tesamen met kwalitatieve analyse.

De meest gehanteerde methode om mensen te bevragen is nog steeds de **klassieke survey** die mondeling dan wel schriftelijk wordt afgenomen. Aan de hand van een gestandaardiseerde vragenlijst gaat men personen ondervragen, die geselecteerd worden door middel van een steekproef. Aan de hand van berekeningen kan men de vooropgestelde hypotheses toetsen. Nochtans is deze cijfermatige invalshoek weinig geschikt om een zo volledig mogelijk beeld te vormen van bijvoorbeeld harddruggebruikers. Een deel van deze subgroep bereikt men niet door middel van een steekproef, omdat deze personen geen vaste woonplaats hebben. De kans is bovendien groot dat zij het gebruik niet zullen toegeven of weigeren aan het onderzoek mee te werken. Een klassieke survey is daarom minder geschikt om een diepgaander inzicht te krijgen in de verschillende aspecten van druggebruik (onder andere 'problematisch druggebruik' of 'afhankelijkheid').

Focus-groups interviews of diepte-interviews komen hieraan wel tegemoet. Deze methode is kwalitatief van aard en kan als aanvulling op kwantitatief onderzoek worden gebruikt. De gevonden hypotheses door middel van kwantitatief onderzoek worden dan via diepte-interviews verder uitgespit en nog eens getoetst. De twee methodes, kwalitatief en kwantitatief onderzoek, vullen elkaar aan.

Voor bepaalde moeilijk bereikbare groepen (hidden populations) gebruikt men meestal enkel ***de sneeuwbaltechniek*** om de steekproef samen te stellen en koppelt men hieraan al of niet ***klassieke self-report vragenlijsten***. De sneeuwbalmethode veronderstelt dat men via sociale relaties tussen personen een onderzoeksgroep samenstelt. Aan de hand van een aantal criteria bepaalt men welke personen voldoen om te behoren tot een representatieve steekproef.

Een andere manier van werken is **participerende observatie.** Dit is een bekende antropologische of etnografische methode, waarbij de onderzoeker als het ware in de huid kruipt van diegenen die hij wil bestuderen door mee te participeren aan hun

leven. Het vraagt enorm veel inlevingsvermogen en bereidheid om mee te doen met de gewoonten en levensstijl van de onderzochte groep. De onderzoeker observeert en participeert tegelijkertijd, zonder uit het oog te verliezen dat hij eigenlijk aan onderzoek doet. In België kennen etnografische studies bij druggebruikers een groeiende toepassing.

5.2. Alcohol.

In dit deel worden de belangrijkste resultaten weergegeven voor alcohol. We focussen de aandacht voornamelijk op deze onderzoeken die bivariate relaties hebben onderzocht. We bespreken in het kort achtereenvolgens de verkeersongevallen veroorzaakt door dronkenschap en de resultaten van de schoolenquêtes over alcohol.

In 1995 noteerde men sinds 1991 het hoogst aantal **ongevallen** (n=3.532) waarvan minstens één bestuurder in duidelijke staat van dronkenschap verkeerde. Ook het aantal slachtoffers (n=5.292) hiervan bereikte in 1995 zijn hoogtepunt in vergelijking met de 4 voorgaande jaren. Nochtans wordt de meerderheid van de ongevallen (92,5%) veroorzaakt door bestuurders die niet onder invloed zijn van drugs, medicatie of alcohol. Het grootst aantal betrokkenen in verkeersongevallen met lichamelijk letsel ligt bij bestuurders onder invloed tussen de 25 en 45 jaar (58,5%). 59,6% van de ongevallen met alcohol gebeurde in 1995 in het Vlaamse Gewest, 37,8% in het Waalse Gewest en 2,5% in het Brusselse Gewest.

De verschillende **bevolkingsstudies** leverden de volgende resultaten op. ***'Vrij in de vrijetijd? Een onderzoek naar individualiseringstendensen in de vrijetijd van jongeren'*** in het Vlaamse Gewest geeft aan dat 42,5% van de 20- tot 21-jarige jongeren de voorbije 6 maanden nooit dronken is geweest. Meer informatie omtrent alcoholgebruik werd er niet gegeven.

Het onderzoek ***'Enquête actie verslavingspreventie'*** in Zottegem van H. Delanoy en A. Van Caenegem liet blijken dat gemiddeld zo'n 48,9% van het totaal aantal leerlingen van 12 tot 18 jaar momenteel alcohol gebruikt. Het aandeel jongeren dat alcohol gebruikt, neemt bovendien toe met de leeftijd. Naar geslacht zijn er duidelijke verschillen. Meer jongens dan meisjes drinken en jongens drinken bovendien ook meer glazen alcohol dan meisjes (3 tot 5 glazen per week: j: 18% en m: 9%). Bier wordt als favoriete drank bestempeld onder diegenen die alcohol drinken. Over het algemeen drinken de oudere jongeren in cafés, disco's en verenigingen, terwijl de jongere generatie eerder thuis drinkt.

'Onderzoek naar het uitgaansgedrag bij jongeren in de stad Aalst' wijst uit dat bijna 6 op 10 jongeren op het belangrijkste uitgaansmoment de voorkeur geeft aan alcoholische dranken. Naar geslacht zijn het ook hier vooral de jongens die alcohol drinken. Naarmate de leeftijd stijgt, neemt het percentage dat alcohol drinkt toe. Verder werd er een samenhang vastgesteld tussen alcohol- en druggebruik. Bij de

jongeren die alcohol dronken, stelde men een groter percentage ooit-druggebruikers vast dan bij de jongeren die geen alcohol dronken. Er bleek echter geen relatie te bestaan tussen alcoholgebruik en socio-economische klasse.

'Jongeren in de schijnwerper: Een onderzoek naar leefstijl bij de scholieren van 12 tot 18 jaar in de Assese scholen' bewijst dat 86% tot 88% van de 15- tot 18-jarige jongeren al actief heeft kennisgemaakt met bier en wijn maar ook met sterkere producten zoals coctail, aperitief en sterke drank. Bij de 12- tot 15-jarige jongeren heeft 56% ooit wel eens sterke drank gedronken en zo'n 70% bier en wijn. Jongeren die zowel de sterke als de minder sterke dranken dagelijks drinken, vormen hierbij een minderheid. De ondervraagde jongeren drinken alcohol omdat ze het lekker vinden of omdat alcohol de boel gezellig maakt en zij zich door alcohol beter amuseren.

5.3. Medicatie.

De geneesmiddelenomzet betekent voor de ene inkomsten en voor de andere uitgaven. Voor de patiënt is het belangrijk dat hij het aangeboden geneesmiddelenpakket kan blijven betalen, terwijl de overheid moet zorgen dat ze de controle over de uitgaven van de sociale zekerheid niet verliest. Volgens het BIGE is België één van de vooraanstaande geneesmiddelenconsumenten tesamen met Duitsland en Frankrijk. De overheidsuitgaven van geneesmiddelen per hoofd van de bevolking liggen in Luxemburg, Frankrijk, Nederland en Duitsland wel hoger dan in België.

Volgens het OIVO geven de Belgen gemiddeld ongeveer 1.000 frank per maand uit voor hun geneesmiddelen, waarvan de helft wordt terugbetaald door het ziekenfonds. Het gaat hier om gemiddelden die vrij ongelijk verdeeld zijn. Bij de ***'Seniorama-enquête',*** een bevolkingsonderzoek op gemeenschaps- en gewestniveau bij bejaarden, is dit nog meer uitgesproken. De gemiddelde maandelijkse uitgaven van de bejaarde aan huisartsconsultaties en geneesmiddelen bedragen respectievelijk 746 frank en 947 frank (= eigen bijdrage of remgeld). Deze bedragen lopen op naarmate de bejaarde in een minder gunstige gezondheidstoestand of -status bevindt. Vooral de rekeningen voor de geneesmiddelen lopen nogal op. Er zijn bovendien verschillen naar regio en leeftijd. Vooral de oudere bejaarden hebben een hogere uitgave voor geneesmiddelen. Dit geldt meer voor Wallonië dan voor de andere landsdelen. De bejaarden in rusthuizen die meestal een minder goede gezondheid hebben dan de bejaarden die niet zijn opgenomen, vinden ook eerder dat de prijs voor geneeskundige zorgen te hoog is.

Uit de Seniorama-enquête blijkt verder dat het aantal ouderen dat momenteel medicatie gebruikt, varieert naar geslacht, leeftijd, regio, beroepsgroep en al dan niet opgenomen zijn in een rusthuis. Vrouwen, oudere bejaarden, bejaarden woonachtig in Vlaanderen, bejaarden die vroeger arbeider waren en bejaarden

opgenomen in een rusthuis consumeren meer geneesmiddelen dan de andere groepen. De huisartstrouw hangt af van het opleidingsniveau en de leeftijd. Hoe hoger de leeftijd en hoe lager het opleidingsniveau, hoe nauwgezetter men de raadgevingen van de huisarts opvolgt. Leeftijd en inkomensniveau zijn bepalend voor het al dan niet toepassen van automedicatie. Jongere bejaarden en zij met een hoger inkomen doen eerder aan zelfmedicatie dan de andere groepen.

De '***Gezondheidsenquête provincie Antwerpen***' toont op haar beurt aan dat huisarts- en tandartsbezoek en hospitalisatie stijgen met de leeftijd, maar dalen naarmate het opleidings- of inkomensniveau stijgt. Daarnaast zijn er nog geslachtsverschillen. Meer vrouwen dan mannen leggen een huisarts- of specialistenbezoek af. Het zijn ook eerder de weduw(e)naars die een bezoek brengen aan de huisarts of specialist dan de groepen met een andere leefsituatie. Het gebruik van voorgeschreven en niet-voorgeschreven geneesmiddelen werd ook onderzocht. Zo blijkt dat het gebruik van de eerste soort geneesmiddelen daalt bij een hogere opleiding of stijgend inkomen en stijgt met de leeftijd, terwijl bij niet-voorgeschreven geneesmiddelen de omgekeerde tendensen zich voordoen. Verder gebruiken meer vrouwen dan mannen zowel voorgeschreven als niet-voorgeschreven medicijnen. Meer weduw(e)naars gebruiken voorgeschreven medicijnen, terwijl gescheiden personen meer niet-voorgeschreven medicijnen gebruiken.

Uit het onderzoek '***Enquête actie verslavingspreventie***' in Zottegem van H. Delanoy en A. Van Caenegem bleek ook dat er geslachts- en leeftijdsverschillen zijn voor het soort gebruikte medicatie en het tijdstip waarop (dagelijks, wekelijks, examenperiode, nooit). Zo neemt bijna 60% van de meisjes en iets meer dan 50% van de jongens vitamines in. Naarmate ze ouder worden, daalt dit percentage. Ongeveer een vierde van de meisjes slikt pijnstillers tegenover een achtste van de jongens. De pieken worden vooral bij de meisjes genoteerd tijdens de examenperiodes. Dit is ook het geval voor het gebruik van stimulerende en kalmerende middelen bij meisjes. Het percentage jongeren dat deze middelen gebruikt, blijft wel gering: slechts 5%.

Het ***'Onderzoek naar het uitgaansgedrag bij jongeren in de stad Aalst'*** wijst uit dat 1 op 8 jongeren momenteel medicijnen neemt. Bijna 9 op 10 van deze jongeren neemt meer dan 1 geneesmiddel in. Van de groep die medicatie gebruikt, worden het meest pijnstillers (72,8%) genomen, daarna volgen stimulantia (10,3%) en kalmeermiddelen (9,2%). Drie keer meer meisjes dan jongens gebruiken medicatie. Meisjes slikken voornamelijk pijn- en hongerstillers, terwijl jongens eerder kalmeringsmiddelen nemen, stimulantia en slaapmiddelen. Verder bestaat er een relatie tussen het gebruik van medicijnen en drugs. Het aantal jongeren onder de medicijngebruikers dat ook drugs gebruikt is namelijk groter dan bij de jongeren die geen medicatie nemen.

'Jongeren in de schijnwerper: Een onderzoek naar leefstijl bij de scholieren van 12 tot 18 jaar in de Assese scholen' geeft aan dat kalmeer- of slaapmiddelen gebonden blijven aan een bepaalde toestand of gelegenheid. 17,5% van de 15- tot 18-jarigen en 10,2% van de 12- tot 15-jarigen heeft deze middelen ooit gebruikt.

Onderzoeksgegevens verzameld door het OIVO, bevestigen de tendensen op de voorgaande bladzijde. Naast zieken vormen niet-actieve vrouwen, zeventigplussers, arbeiders, bedienden, middenstanders, laaggeschoolden en personen met een laag inkomen de groep die het meest verschillende geneesmiddelen innemen. Behalve het geslacht en de sociale groep waartoe men behoort, speelt leeftijd ook een grote rol. Het gebruik van geneesmiddelen is hoog in de zuigelingenperiode (0 tot 2 jaar) en neemt daarna af in de groep van 10 tot 40 jaar om dan toe te nemen.

5.4. Illegale drugs.

Cijfergegevens omtrent illegale drugs vindt men enerzijds bij de politiediensten zoals het APSD (Algemene Politiesteundienst) of bij ambulante of residentiële instellingen die programma's uitwerken voor mensen met problematisch druggebruik. Een derde bron vormen de bevolkingsonderzoeken bij jongeren.

'Vrij in de vrijetijd? Een onderzoek naar individualiseringstendensen in de vrijetijd van jongeren' onderzocht het cannabis- en pepmiddelengebruik bij 20-tot 21-jarige jongeren in het Vlaamse Gewest. 80,8% van de ondervraagde jongeren heeft nog nooit cannabis gebruikt en voor pepmiddelen (waaronder XTC en speed) is dat 93,4%. 7 op 10 jongeren vindt dat het gebruik van soft en/of hard drugs moet verboden blijven, al dan niet gelijk bestraft. Verder vertoonde het druggebruik geen noemenswaardige verschillen tussen de hoger- en de laaggeschoolden. De houding ten aanzien van de legalisering van soft en hard drugs verschilt wel naar opleidingsniveau. Jongeren uit een hogere sociale groep zijn bij de beoordeling van legalisering van drugs, genuanceerder in hun uitspraken, maar daarom nog niet meer tolerant.

Uit het ***'Onderzoek naar de geestelijke gezondheid van jongeren uit het secundair onderwijs in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest'*** blijkt dat 1 op 4 schoolgaande jongeren minstens éénmaal in zijn leven (een) illegale drug(s) heeft gebruikt. Zij die illegale drugs gebruikten in het jaar voor de enquête, behoren tot de 'probeerders'. Zij maken 18% uit van de populatie. De jongeren die in de maand voor de enquête drugs gebruikten, behoren tot de 'gebruikers' (12%). Meer jongens dan meisjes behoren tot de 'probeerders' of tot de 'gebruikers'. Ook hier geldt dat naarmate de leeftijd toeneemt, het aantal jongens en meisjes stijgt dat probeert en gebruikt. De meest gebruikte producten zijn cannabis (15%) en XTC (4%).

Het onderzoek ***'Enquête actie verslavingspreventie'*** in Zottegem van H. Delanoy en A. Van Caenegem geeft aan dat 7% bij de schoolgaande jongeren ooit illegale drugs gebruikt of gebruikt heeft. 66,5% hiervan zijn jongens, de overige meisjes. Vooral in de oudere leeftijdsgroepen worden meer illegale drugs gebruikt dan in de jongere leeftijdsgroepen. Ook het aantal stoppers neemt toe met de leeftijd. De meest gebruikte producten van de minderheid die drugs gebruikt of gebruikt heeft, zijn hasj (28,9%) en marihuana (31,1%). Een derde van de (ex)-druggebruikers

krijgt drugs via vrienden. Druggebruik gebeurt bovendien zelden alleen, maar met meerderen in cafés of disco's.

'Onderzoek naar het uitgaansgedrag bij jongeren in de stad Aalst' geeft aan dat 12% van de jongeren ooit drugs heeft gebruikt of momenteel nog gebruikt. Cannabis (44,9%), speed (13,1%) en stimulantia (11,3%) scoren bij deze jongeren hoog. Uit dit onderzoek blijkt nogmaals dat meisjes minder drugs gebruiken dan jongens. Naarmate de leeftijd stijgt, stijgt bovendien ook het druggebruik tot de leeftijd van 16 à 17 jaar wordt bereikt. Voor bijna de helft van alle jongeren vormen vrienden de eerste contactbron vaak in combinatie met disco of dancings. De helft van de (ex-) druggebruikers doen het voor de kick. Verder werd de relatie gelegd tussen alcohol- en druggebruik en in tweede instantie tussen medicatie- en druggebruik. Een groter aantal jongeren dat alcohol drinkt, gebruikt ook drugs in vergelijking met de jongeren die geen alcohol gebruiken. Hetzelfde geldt voor de jongeren die medicatie nemen. Naar socio-economische groep bleek dat druggebruik meer in de hogere sociale groep voorkomt.

'Jongeren in de schijnwerper: Een onderzoek naar leefstijl bij de scholieren van 12 tot 18 jaar in de Assese scholen' bewijst dat bijna een vierde van de leerlingen van 15 tot 18 jaar cannabis gebruikt(e). Bij de 12- tot 15-jarigen gaat het om 8% van de leerlingen. Voor XTC geldt dat zo'n 5% van de oudste groep het gebruikt(e) ten opzichte van 1,7% bij de jongste groep. Ook hier blijkt dat meer jongens dan meisjes gebruik(t)en en dat ze dit ook op frequentere basis doen of deden dan meisjes. Bijna de helft van de volledige 15- tot 18-jarige populatie zegt zelf gemakkelijk aan cannabis te geraken, terwijl dat bij de 12- tot 15-jarigen 15,9% is. De belangrijkste motieven voor cannabisgebruik werden ook onderzocht. Nieuwsgierigheid, de kick, zich beter voelen en rust werden het meest vernoemd zowel bij de 12- tot 15-jarigen als bij de 15- tot 18-jarigen. Het spijbelgedrag werd ook in verband gebracht met cannabisgebruik. Onder de spijbelaars van 15 tot 18 jaar bevinden zich tweemaal zoveel jongelui die cannabisgebruiker waren of zijn. In relatie met ouderschapsbanden blijkt dat naarmate de relatie thuis slechter is, het druggebruik sterk toeneemt. Een slechte relatie tussen vader en kind weegt hierbij meer door dan een slechte relatie tussen moeder en kind. 70% van de 15- tot 18-jarige jongeren vindt het druggebruik in België een probleem waar de politie hoegenaamd geen controle over heeft. Een derde vindt dat cannabis wettelijk moet worden toegelaten, terwijl 40% dit afkeurt.

De ***'Enquête over ethische problemen'*** ging de relatie na tussen huisartsen en druggebruik. Bijna 6 op 10 huisartsen krijgen maandelijks minstens één vraag over drugs en/of druggebruik. Het gaat dan voornamelijk om jonge artsen of artsen die hun praktijk hebben in Brussel. Er werd ook aan de huisarts gevraagd in welke mate hij zich bekwaam genoeg voelde om vragen over drugs te beantwoorden. Meer dan 1 op 3 huisartsen voelt zich niet bekwaam om op de gestelde vragen rond drugs te beantwoorden. Mannelijke huisartsen voelen zich hierbij zekerder van hun stuk dan hun vrouwelijke collega's. Ook oudere huisartsen voelen zich meer bekwaam dan de jongere huisartsen. Slechts 1 op 10 huisartsen denkt dat hij een druggebruiker optimaal zou kunnen begeleiden. 3 huisartsen op 4 denken deze opdracht niet te kunnen vervullen. Vrouwelijke en oudere huisartsen voelen zich

ook hier minder toe geroepen. Iets meer dan de helft van de huisartsen wil het gebruik van cannabis in het strafrecht houden. 4 op 10 huisartsen zijn voor een depenalisering. Voornamelijk bij mannen en bij jongere huisartsen is de weerstand tegen depenalisering het grootst.

Naast deze bevolkingsonderzoeken bestaat er sinds **1988 het VLIS-DC (Vlaams Informatiesysteem - Drugvrije Centra),** een registratiesysteem van de revalidatiesector inzake drughulpverlening in Vlaanderen. Naast gegevens over de behandelingswijze worden ook socio-demografische gegevens opgenomen. Sinds 1988 is er echter weinig verandering gekomen in het profiel van de modale cliënt in de verschillende crisis- en behandelingscentra. Zo is het merendeel van het cliënteel man, jong (gemiddeld 25 jaar), Belg, ongehuwd en heeft geen kinderen. De meeste cliënten zijn arbeiders met een laag opleidingsniveau (laag secundair onderwijsniveau). Op het moment van opname leven ze meestal van een vervangingsinkomen. In de helft van de gevallen staat de cliënt onder justitiële druk (zaken in behandeling, probatie of voorwaardelijke invrijheidsstelling). Onderzoek naar het probleemgebruik wijst uit dat een groot deel opiaten gebruikt, gevolgd door stimulantia en cocaïne. Veelal gebruikt men dagelijks. De leeftijd waarop men begon met het voornaamste product schommelt rond de 18 jaar.

Cijfers van de APSD (**Algemene Politiesteundienst)** zeggen niet zozeer iets over het druggebruik op zich maar wel over de politiediensten of de activiteiten van politiediensten op dit vlak, de eventuele beschikbaarheid van bepaalde producten in het land en de functie van België als transitland van deze middelen. De verschillende politiediensten (rijkswacht, gemeentelijke en gerechtelijke politie) hanteren sinds 1994 bij het registreren van het aantal feiten het GICS (Geïntegreerde Interpolitiële Criminaliteitsstatistiek). Uit deze statistieken blijkt dat in 1995 het bezit van verdovende middelen en het gebruik ervan tesamen 71,8% uitmaken van de drugproblematiek. De feiten in verband met verdovende middelen zijn in 1995 fors gestegen (met 78%). De stijging van het aantal drugmisdrijven viel in 1995 vooral af te lezen in de categorie 'in- en uitvoer', waaraan blijkbaar meer aandacht wordt besteed en waarop meer controle werd verricht. Ondanks deze stijging ligt het aantal drugmisdrijven in 1995 nog steeds lager dan bijvoorbeeld het aantal diefstallen. Ter vergelijking: 11 keer meer feiten met diefstal en afpersing dan drugmisdrijven werden gepleegd per 1.000 inwoners in 1995. De criminaliteitsgraad voor diefstal en afpersing bedroeg in 1995 immers 38,21 en voor verdovende middelen was dat slechts 3,44. Volgens de APSD verklaart men de stijging van het aantal feiten in verband met verdovende middelen door het pro-actieve optreden van de politiediensten. De stijging van de opsporingsbereidheid bij de politiediensten is volgens het rapport, voornamelijk het gevolg van de aandacht die in 1995 zowel beleidsmatig (congressen over drugproblematiek, 'Drugplan 2000',...) als in de media werd besteed aan drugmisdrijven.

5. Résumé

5.1. Considérations générales.

5.1.1. Collecte des informations.

Lors de notre quête de données chiffrées, il est apparu que les renseignements disponibles doivent être recueillis auprès de plusieurs services différents, ce qui constitue une entrave à la comparaison entre études. Certaines institutions ont cependant fait des efforts pour améliorer les comparaisons internes entre données. Parmi ces initiatives, citons le VLIS-DC, système d'enregistrement systématique des consommateurs de drogues relevant des parquets de Flandre et de Bruxelles et la déclaration systématique des nouveaux cas de séropositivité HIV par les huit laboratoires de référence SIDA.

En 1966, aucune enquête n'a toutefois été menée, au niveau national, sur la consommation d'alcool, de médicaments et de drogues. Nous avons dès lors eu recours à des enquêtes sur catégories socio-démographiques ciblées, dénommées "enquêtes de population", aux niveaux communautaire, régional ou local, à des statistiques officielles et à des "utilization studies". Ces différents types d'enquêtes fournissent des compléments d'informations quant à la consommation d'alcool, de médicaments et de drogues. Nous commentons ci-après quelques forces et faiblesses de cette méthodologie par enquêtes de population.

5.1.2. Enquêtes de population.

Les enquêtes de population portent généralement sur de grandes populations ou sur des fractions de population. Dans de telles enquêtes, on s'attache surtout à obtenir une plus grande précision de ***la validité et de la fiabilité des méthodes d'enquête***. En outre, les enquêtes de population offrent, grâce à la taille des échantillons obtenus par sondage (aussi dénommés "échantillons aléatoires"), une meilleure ***représentativité***. Une difficulté surgit: choisir les bons critères pour composer un échantillon aléatoire valide. Exemple: lors d'une enquête portant sur une population scolaire, faut-il interroger tous les jeunes ou uniquement ceux qui sont importants pour l'enquête, au risque de négliger des groupes difficiles à atteindre *(**'hidden populations'**)*? Les enquêtes scolaires impliquent des jeunes qui fréquentent l'enseignement secondaire. Mais ces étudiants ne constituent qu'une partie de la jeunesse, et la limitation aux populations scolaires exclut les jeunes qui, précisément, sont exposés aux plus grands risques de consommation ou d'abus de drogues. Pensons en effet aux jeunes en décrochage scolaire, à ceux qui n'ont pas d'emploi, ou encore à ceux qui sont placés dans des institutions, qui sont malades ou qui "brossent" les cours.

Pour atteindre ces catégories de jeunes, il nous paraît opportun d'appliquer d'autres techniques que les enquêtes en milieux scolaires (voir plus loin). Il est en outre conseillé de ne pas limiter les enquêtes sur la consommation d'alcool, de médicaments et sur l'usage de drogues illégales à la seule population des jeunes, mais au contraire de les étendre ***à l'ensemble de la population (tranches d'âges de 18 à 65 ans)***.

Parallèlement, nous prônons l'utilisation ***de questionnaires uniformes, d'un même codage des variables et de rapports normalisés***, ceci afin de permettre des comparaisons entre les différentes enquêtes scolaires. Nous constatons que la région, le moment où l'enquête a lieu et la composition de l'échantillon aléatoire (années d'études et réseaux d'enseignement) varient d'une enquête à l'autre. Il en va de même du contenu et de la formulation des questions concernant la consommation d'alcool, de médicaments ou de drogues. De plus, ***ces enquêtes se limitent généralement à une contrée ou région.*** Cette procédure fait de la collaboration entre les différentes parties du pays une condition indispensable à l'élaboration d'enquêtes à portée nationale. Enfin, déplorons le manque ***d'enquêtes horizontales et massives***, qui permettraient de déceler des tendances et de dégager des conclusions correctes, par exemple quant à l'évolution de l'âge de début de dépendance ou d'assuétude. Nous constatons qu'il est rare qu'une même enquête scolaire soit répétée sur une population similaire au sein de la même école.

5.1.3. Utilization studies.

L'absence de données globales permettant le suivi de la gestion et de l'analyse de leurs cas pénalise également les personnes qui, confrontée à des problèmes de drogue, font appel à ***des centres ambulants ou résidentiels****. La tenue d'****un système uniforme d'enregistrement*** des activités de prévention de l'usage de drogues et d'assistance aux toxicomanes constituerait un premier pas dans la bonne direction. Cette systématique permettrait de mettre à jour les initiatives développées dans différents secteurs (local, provincial dans le cadre des plates-formes de prévention et d'assistance au niveau de la Communauté Flamande ainsi qu'à l'échelon national).

Pourtant, les résultats de systèmes d'enregistrement tels que préconisés donnent une image de ***la capacité des institutions de traitement et de leur pouvoir d'attirer à elles les personnes toxicodépendantes.*** In fine, seules sont concernées les personnes qui ont eu contact avec des centres ambulants ou résidentiels. Il est difficile d'extrapoler la baisse ou la hausse du nombre de toxicomanes en centres ambulants ou résidentiels à l'ensemble du groupe des utilisateurs de drogues, qui au sein de la société, connaissent des problèmes. En d'autres termes, on ignore tout des utilisateurs de drogue qui, pour diverses raisons (langue, accessibilité, etc), ne souhaitent pas recourir aux formes d'assistance offertes. Dès lors, les études d'utilisation menées en ***milieux policiers ou judiciaires*** fournissent des informations qui complètent celles provenant des enregistrements internes aux organismes d'assistance. Les consommateurs de drogue connus des services de police ou de la justice

considèrent généralement que leur comportement ne génère pas de problèmes. Ces personnes sont donc moins inclines à accepter les offres d'assistance. Mais dans ce cas-ci, le groupe de toxicomanes ne représente, à nouveau, qu'une fraction des consommateurs de drogues, à savoir celle qui a eu maille à partir avec les services de police. Nous avons toujours soutenu que l'enregistrement des consommateurs de drogue par les services policiers est avant tout ***un reflet des activités de ces services***. Les informations découlant des études d'utilisation viennent dès lors compléter celles recueillies à d'autres sources.

5.1.4. Statistiques officielles.

Les statistiques officielles de consommation d'alcool, de médicaments et de drogues se limitent généralement à citer des valeurs chiffrées portant sur une variable unique. Exemples: combien d'alcool a-t-on produit, combien de préparations magistrales les officines ont-elles délivré l'année dernière, combien de grammes de cannabis a-t-on saisi. Dans le meilleur cas, on établit une relation entre la consommation de drogue et une autre variable, par exemple les accidents de circulation. L'usage de drogue est alors une variable indépendante, les accidents de circulation devenant la variable dépendante. On examine les facteurs susceptibles d'expliquer des accidents. Généralement, l'analyse ne tient pas compte de variables socio-démographiques, ou se limite au sexe ou à l'âge. Il manque un modèle dans lequel interviennent plusieurs facteurs concomitants. Pour ce qui concerne la relation entre accidents de circulation et consommation de drogue, on remarquera notamment que l'analyse attache trop peu d'importance au rôle causal qui pourrait être attribué à des paramètres comme l'état de la route, les conditions climatiques ou encore l'expérience du conducteur. L'introduction de plusieurs variables dans un modèle, dans le d'expliquer les accidents de circulation ou une autre variable indépendante n'est souvent pas assez pratiquée. Au mieux, on se limite à ***des relations à deux variables***. *Les* ***techniques d'analyse avec variables multiples*** permettent pourtant de cerner la valeur de prédiction de chaque variable dans l'explication de la variable dépendante.

5.1.5. Evaluation de la méthodologie d'enquête, de la qualité des questionnaires et du traitement des données dans les enquêtes de population.

Nous nous limitons aux seules enquêtes de population parce qu'elles sont le plus souvent le reflet de l'ensemble de l'enquête, de la description de la collecte des informations aux commentaires des résultats. La plupart des enquêtes de population ***accordent trop peu d'attention à la description de la méthodologie de l'enquête et à son évaluation***. Sans doute cette lacune est-elle moins imputable au savoir-faire des enquêteurs qu'à la maigreur du budget disponible ou à un manque de temps. De plus, le but primaire de l'énoncé des résultats dans 'un rapport' n'est pas de permettre une discussion détaillée des différentes phases de la méthode d'enquête, des problèmes rencontré et autres écueils. Généralement, on se limite à citer la taille de l'échantillon aléatoire, le nombre total d'hommes et de femmes et la région où l'enquête a eu lieu. On voit notamment que la méthode de constitution des échantillons fait l'objet de moins

de commentaires. En matière de méthode d'enquête, ce sont celles de L. Beaucourt à Alost et de J. Pickery à Louvain qui sont allées le plus loin.

D'énormes différences apparaissent dans ***la qualité des questionnaires***. La plupart d'entre eux se limitent à l'alcool et/ou aux drogues illégales, la consommation de médicaments faisant l'objet d'un peu moins de questions. D'autres questions encore concernent des informations indirectement liées à l'objet de l'enquête, comme le sexe et l'âge du participant. Il n'est pas fréquent que les questionnaires portent sur des variables socio-économiques comme le réseau d'enseignement (humanités générales, cycle technique ou professionnel) ou la profession des parents. La plupart des questionnaires ne posent pas de questions quant à l'opinion des jeunes sur la consommation de drogues, quant à l'existence d'un environnement qui en prend, quant aux motifs de la consommation de drogues ou quant à l'attitude des jeunes face à d'autres comportements hors-normes réputés déviants, etc.

La plupart des enquêtes de population n'utilisent ***pas de modèle théorique*** permettant d'expliquer la consommation de drogues. ***On accorde donc trop peu d'intérêt à la valeur opérationnelle de notions comme la consommation et/ou l'abus d'alcool ou de drogues.*** Dans certains questionnaires, on ne trouve même pas de mention d'une période de référence (la semaine dernière, le mois dernier, occasionnellement) dans les questions sur la consommation d'alcool. Les questionnaires les plus fouillés ayant accompagné les enquêtes de population sont ceux de J.Pickery (Louvain), L. Beaucourt (Alost) et W. De Pauw et E. Enhus (Asse). Qualitativement, ces questionnaires comptent parmi les meilleurs. Les enquêtes de W. De Pauw et E. Enhus (Asse) et celle de J. Pickery (Louvain) sont parties d'hypothèses concrètes pour l'établissement des questionnaires et la description des résultats.

5.1.6. Analyse quantitative et qualitative

Pour interroger les participants, les enquêtes utilisent le procédé désormais classique de ***l'interview,*** avec réponses données par écrit ou verbalement. On interroge des personnes, sélectionnées par sondage, en leur soumettant un questionnaire normalisé. On évalue par calcul la validité d'hypothèses préalables. Cette approche quantitative convient cependant mal pour dégager une image aussi complète que possible, par exemple des utilisateurs de drogues. La méthode par sondage empêchera forcément d'atteindre une partie de ce sous-groupe, dont certains membres n'ont pas de domicile fixe. Il existe en outre un risque important que les participants pressentis n'avouent pas leur consommation de drogue, ou refusent de répondre. Une enquête classique par interviews ne convient dès lors pas bien pour voir clair, de façon approfondie, dans les différents aspects de la consommation de drogues (notamment "usage de drogues posant problème" ou "assuétude").

Par contre, ***les interviews de groupes ciblés ou interviews en profondeur*** permettent cette démarche plus précise. Par nature, cette méthode a des visées qualitatives et peut être employée pour compléter les enquêtes quantitatives. Les

hypothèses dégagées par ces dernières sont alors peaufinées par des interviews en profondeur et retouchées si nécessaire. Les deux procédés - qualitatif et quantitatif - sont complémentaires.

Pour certains groupes difficiles à atteindre (les "hidden populations"), on se limite généralement à la ***technique boule de neige*** pour composer l'échantillon aléatoire et on lui adjoint des ***questionnaires classiques self-report***. Cette technique implique qu'on compose pour l'enquête un groupe formé par les relations sociales qui existent entre des personnes. Plusieurs critères sont appliqués pour déterminer les personnes qui satisfont aux conditions d'appartenance à un échantillon aléatoire représentatif.

L'observation participative offre un autre moyen de travail encore. Il s'agit d'une méthode anthropologique et ethnographique connue, dans laquelle l'enquêteur entre littéralement dans la peau des personnes qu'il veut étudier. Il va en effet jusqu'à partager leur mode de vie. Cette méthode exige un engagement personnel et une disponibilité énormes de la part de l'enquêteur, qui s'intègre totalement dans les habitudes et dans le genre de vie du groupe cible. L'enquêteur observe et participe à la fois, sans perdre de vue la finalité ultime de sa mission: faire son enquête. Les études ethnographiques auprès des consommateurs de drogues connaissent un succès croissant en Belgique.

5.2. L'alcool.

C'est dans ce chapitre que sont cités les résultats les plus importants en fait d'alcool. Nous focalisons principalement l'attention sur les enquêtes qui ont analysé des relations à deux variables. Nous commentons brièvement et successivement les accidents de la route provoqués par l'ivresse au volant et les résultats des enquêtes scolaires sur l'alcool.

En 1995, on a relevé le nombre le plus élevé, depuis 1991, ***d'accidents*** (n=3.532) dans lesquels au moins un des conducteurs concernés était manifestement en état d'ébriété. C'est également en 1995 que le nombre de victimes (n=5.292) a atteint son maximum par rapport aux 4 années précédentes. Pourtant, la majorité des accidents (92,5%) a été causée par des conducteurs qui ne se trouvaient pas sous l'influence de drogues, de médicaments ou d'alcool. La plus grande partie (58,5%) des personnes concernées dans des accidents de circulation avec lésions corporelles sont des conducteurs sous influence, dans la tranche d'âge entre 25 et 45 ans. Pour l'année 1995, 59,6% des accidents avec alcoolémie ont eu lieu en Région Flamande, 37,8% en Région Wallonne et 2,5% en Région Bruxelloise.

Les différentes ***études de population*** ont livré les résultats suivants. L'étude '***Mes loisirs, ma liberté? Enquête sur les tendances à l'individualisation des loisirs des jeunes'***, organisée en Région Flamande, révèle que 42,5% des jeunes de 20 à 21 ans n'ont jamais été en état d'ivresse au cours des 6 mois précédents. Cette enquête ne donne aucun autre renseignement sur la consommation d'alcool.

L'***'Action-enquête sur la prévention de la dépendance'***, menée à Zottegem par H. Delanoy et A. Van Caenegem, montre qu'au moment de la consultation, une moyenne de 48,9% environ du nombre total d'étudiants de 12 à 18 ans consomment de l'alcool. En outre, le nombre de jeunes qui boivent augmente avec l'âge. De nettes différences apparaissent en fonction du sexe. Les garçons qui boivent sont plus nombreux que les filles qui boivent, situation encore aggravée par le fait que les garçons boivent plus de verres d'alcool que les filles (de 3 à 5 verres par semaine: garçons 18%, filles 9%). Les consommateurs d'alcool déclarent préférer la bière. Généralement, les jeunes proches de l'âge adulte boivent dans des cafés, des discothèques ou lors de réunions, tandis que les jeunes proches de l'adolescence boivent plutôt à la maison.

L'***'Enquête sur les habitudes de sortie des jeunes de la ville d'Alost'*** indique que près de 6 jeunes sur 10 préfèrent consommer des boissons alcoolisées lors des temps forts de leur sortie. Ici à nouveau, ce sont surtout les garçons qui boivent de l'alcool et la quantité d'alcool consommée augmente en fonction de l'âge. En outre, cette enquête dégage un lien entre consommation d'alcool et usage de drogues.
On observe chez les jeunes qui boivent de l'alcool un plus grand pourcentage de consommateurs occasionnels de drogue que chez les jeunes qui ne boivent pas d'alcool. Aucun lien n'est identifiable entre la consommation d'alcool et la catégorie socio-économique.

'Pleins feux sur les jeunes: enquête sur les habitudes de vie des étudiants de 12 à 18 ans dans les écoles d'Asse' est un travail qui prouve que 86 à 88% des jeunes de 15 à 18 ans ont déjà goûté activement à la bière et au vin, mais aussi à des produits plus durs comme les cocktails, les apéritifs ou les boissons fortes. 56% des jeunes de 12 à 15 ans déclarent avoir pris occasionnellement une boisson forte, et 70% d'entre eux ont déjà consommé de la bière ou du vin. Seule une minorité de ces jeunes consomme journellement des boissons fortes ou moins fortes. Les jeunes interrogés disent qu'ils boivent de l'alcool parce qu'il met du fun dans l'ambiance et parce qu'il leur permet de mieux s'amuser.

5.3. Médicaments.

Les ventes de médicaments représentent pour certains des recettes, et pour d'autres des dépenses. Pour le malade, il est important de pouvoir continuer à payer les médicaments qui lui sont nécessaires, tandis que l'Etat doit garder la

maîtrise des coûts de la sécurité sociale. Le BIGE considère que la Belgique est, avec l'Allemagne et la France, l'un des principaux consommateurs de médicaments. Toutefois, les interventions de l'Etat dans les remboursements de médicaments par habitant sont plus élevées au Grand-Duché de Luxembourg, en France, aux Pays-Bas et en Allemagne qu'en Belgique.

Selon l'OIVO, les Belges dépensent en moyenne 1.000 francs par mois pour leurs médicaments, montant dont la moitié est prise en charge par les mutuelles. Il s'agit de valeurs moyennes à distribution irrégulière en fonction des tranches d'âge du public. '***Seniorama'***, enquête de population au niveau communautaire et régional auprès de personnes âgées, souligne plus encore cette disparité. Les vieilles personnes dépensent en moyenne 746 francs par mois pour leurs consultations de médecins généralistes et 947 francs par mois pour leurs médicaments. Il s'agit de montants nets, ou tickets modérateurs. Ces montants, et surtout la note chez le pharmacien, augmentent au fur et à mesure que la santé de la personne âgée se dégrade. La région et l'âge introduisent d'autres différences encore. Ce sont surtout les personnes très âgées qui connaissent de fortes dépenses en médicaments, observation plus marquée en Wallonie que dans d'autres régions du pays. Le coût des soins de santé pénalise en outre plus lourdement les personnes âgées qui vivent dans des maisons de repos, parce que leur état de santé n'est pas bon, que celles qui peuvent continuer à vivre ailleurs.

L'enquête Seniorama révèle en outre que le nombre des personnes d'âge qui prennent des médicaments au moment des interviews varie selon le sexe, l'âge, la région, le groupe professionnel et le fait que les intéressé(e)s habitent, ou non, en maison de repos. Les femmes, les personnes très âgées, les vieilles personnes demeurant en Région Flamande, celles qui ont autrefois travaillé comme ouvrières ou ouvriers et celles qui se trouvent en maison de repos consomment plus de médicaments que les autres groupes. La confiance dans le médecin généraliste dépend du niveau de formation et de l'âge. Les directives du médecin sont d'autant moins scrupuleusement suivies que l'âge est élevé et que le niveau de formation est bas. L'âge et le niveau des revenus sont déterminants pour le recours, ou non, à l'automédication. Les personnes pas très âgées et celles qui disposent de hauts revenus optent plus pour l'automédication que d'autres groupes.

A son tour, ***l'"Enquête de santé en Province d'Anvers'*** montre que les visites chez le médecin, chez le dentiste et les hospitalisations augmentent en fonction de l'âge, mais diminuent en fonction du niveau de formation et de revenus. On observe d'autres différences encore selon le sexe. Les femmes voient plus souvent le généraliste ou le spécialiste que les hommes. Même tendance pour les veufs et veuves, par rapport à d'autres groupes épargnés par le veuvage. La consommation de médicaments prescrits et de médicaments non prescrits a, elle aussi, été analysée. Il apparaît que l'usage de médicaments prescrits diminue en fonction de l'élévation du niveau de formation ou de celui des revenus. Cet usage augmente avec l'âge. Les tendances inverses s'observent pour les médicaments non prescrits. En outre, les femmes consomment plus de médicaments, prescrits

ou non prescrits, que les hommes. Un nombre important de veufs et veuves recourent à des médicaments prescrits, tandis que les personnes divorcées font usage de plus de médicaments non prescrits.

L'"***Action-enquête sur la prévention de la dépendance'***, menée à Zottegem par H. Delanoy et A. Van Caenegem, met en lumière des différences de sexe et d'âge pour le type et la fréquence de consommation des médicaments (chaque jour, chaque semaine, en période d'examen, occasionnellement). C'est ainsi que près de 60% des filles et un peu plus de 50% des garçons prennent des vitamines. Ce pourcentage diminue au fur et à mesure qu'ils avancent en âge. Un quart environ des filles utilisent des anti-douleurs, contre un huitième chez les garçons. Surtout chez les filles, les crêtes de consommation coïncident avec les périodes d'examens, au cours desquelles elles absorbent aussi plus de stimulants et de calmants. Le pourcentage de garçons qui font appel à ces produits reste par contre faible: 5% seulement.

L'"***Enquête sur les habitudes de sortie des jeunes de la ville d'Alost*"** indique que 1 jeune sur 8 prend des médicaments au moment où ce travail a été réalisé. Près de 9 sur 10 de ces jeunes consomment plus d'un médicament par jour. Dans le groupe des utilisateurs, les anti-douleurs (72,8%) viennent en tête, suivis par les stimulants (10,3%) et les calmants (9,2%). Trois fois plus de filles que de garçons absorbent des médicaments. Les filles prennent surtout des anti-douleurs et des coupe-faim, tandis que les garçons s'orientent plutôt vers les calmants, les stimulants et les somnifères. Il existe en outre une relation entre la prise de médicaments et la consommation de drogues. En effet, on note parmi les jeunes qui prennent des médicaments un plus grand nombre de consommateurs de drogue que parmi ceux qui ne prennent pas de médicaments.

'Pleins feux sur les jeunes: enquête sur les habitudes de vie des étudiants de 12 à 18 ans dans les écoles d'Asse' révèle que les calmants et somnifères ne sont consommés que dans des situations ou circonstances déterminées. 17,5% des 15 à 18 ans et 10,2% des 12 à 15 ans disent les avoir utilisés occasionnellement. Des informations d'enquête collectées par l'OIVO confirment les tendances citées en page précédente. Outre les malades, les femmes non actives, les gens de plus de 7O ans, les ouvriers et ouvrières, les employé(e)s, les classes moyennes, les personnes à faible scolarité et celles à bas revenus forment le groupe qui consomme le plus de médicaments différents. Outre le sexe et le groupe social, l'âge joue lui aussi un rôle important. La consommation de médicaments est élevée à la prime enfance (0 à 2 ans), diminue dans le groupe des 10 à 40 ans et remonte ensuite.

5.4. Drogues illégales.

On trouve des données chiffrées concernant les drogues illégales d'une part auprès des services de police (comme le Service Général d'Appui Policier) et d'autre part auprès d'institutions ambulantes ou résidentielles qui s'occupent d'assistance à des consommateurs de drogue en difficulté. Les enquêtes de population menées auprès des jeunes constituent une troisième source d'informations.

L'étude ***'Mes loisirs, ma liberté? Enquête sur les tendances à l'individualisation des loisirs des jeunes'*** a analysé la consommation de cannabis et d'excitants chez les jeunes de 20 à 21 ans en Région Flamande. 80,8% des jeunes interrogés n'ont jamais fumé de cannabis, 93,4% d'entre eux n'ont jamais consommé d'excitants (notamment extasy et speed). 7 jeunes sur 10 estiment que l'usage de drogues douces et/ou dures doit rester défendu, avec ou sans sanctions pénales. On ne relève pas de différences notables entre les jeunes à forte scolarité et ceux à faible scolarité. L'attitude face à la légalisation des drogues douces et dures diffère toutefois selon le niveau de formation. Les jeunes appartenant à un niveau social plus élevé formulent des avis plus nuancés, mais pas plus tolérants, sur la légalisation.

L'***'Enquête sur la santé mentale des jeunes de l'enseignement secondaire en Région de Bruxelles-Capitale'*** nous apprend que 1 jeune sur 4 en scolarité a consommé au moins une fois dans sa vie une ou des drogues illégales. Ceux qui ont eu recours à des drogues illégales durant l'année avant l'enquête ont simplement voulu "essayer"; ils représentent 18% de la population. Les jeunes qui ont consommé des drogues pendant le mois avant l'enquête appartiennent au groupe des utilisateurs réguliers (12%). Dans ces groupes de celles et de ceux qui ont voulu "essayer" ou qui ont des habitudes de consommation, on dénombre plus de garçons que de filles. Ici à nouveau, on constate qu'en avançant en âge, le nombre des garçons et des filles qui essayent ou consomment régulièrement augmente. Les substances les plus employées sont le cannabis (15%) et l'XTC (4%).

L'***'Action-enquête sur la prévention de la dépendance'***, menée à Zottegem par H. Delanoy et A. Van Caenegem, montre que 7% des jeunes en scolarité utilisent ou ont utilisé occasionnellement des drogues illégales. 66,5% de ces jeunes sont des garçons, le reste des filles. Ce sont surtout les tranches d'âges les plus hautes qui utilisent plus de drogues illégales que les basses tranches d'âges. Le nombre de celles et ceux qui arrêtent de consommer augmente lui aussi avec l'âge. Les substances les plus employées par la minorité qui consomme ou a consommé des drogues sont le hachisch (28,9%) et la marijuana (31,1%). Un tiers des utilisateurs ou anciens utilisateurs de drogues s'approvisionne ou s'est approvisionné par l'intermédiaire d'amis. En outre, il est rare qu'un jeune consomme tout seul, l'utilisation ayant le plus souvent lieu en groupe dans des cafés ou discothèques.

L'*"Enquête sur les habitudes de sortie des jeunes de la ville d'Alost'* indique que 12% des jeunes ont consommé occasionnellement des drogues ou continuent d'en prendre au moment de l'enquête. Leurs préférences vont au cannabis (44,9%), au speed (13,1%) et aux stimulants (11,3%). Cette enquête montre une fois encore que les filles consomment moins de drogues que les garçons. En avançant en âge, la consommation de drogues augmente jusqu'à 16-17 ans. Pour près de la moitié de ces jeunes, ce sont les amis qui initient ou approvisionnent, souvent dans les discothèques. La moitié des (ex) consommateurs de drogues agissent ou ont agi pour se donner un coup de fouet. L'enquête démontre en outre la relation entre consommation d'alcool et usage de drogue, ainsi qu'entre prise de médicaments et usage de drogue. Le nombre des jeunes qui consomment des drogues est plus élevé chez ceux qui boivent de l'alcool que chez ceux qui n'en boivent pas. Même relation pour les jeunes qui prennent des médicaments. L'usage de drogues est plus répandu dans les groupes socio-économiques aisés.

'Pleins feux sur les jeunes: enquête sur les habitudes de vie des étudiants de 12 à 18 ans dans les écoles d'Asse' prouve que près d'un quart des étudiants entre 15 et 18 ans fument ou ont fumé du cannabis. Dans la tranche des 12 à 15 ans, cette fraction tombe à 8% des étudiants. Pour l'XTC, le produit est pris ou a été pris par quelque 5% des membres du groupe le plus âgé, pour 1,7% dans le groupe des plus jeunes. Nouvelle confirmation de l'observation d'une plus grande consommation, présente ou passée, et d'une plus forte fréquence chez les garçons que chez les filles. Près de la moitié de la totalité de la population des 15 à 18 ans déclare même pouvoir se procurer facilement du cannabis, chiffre qui s'établit à 15,9% pour les 12-15 ans. L'étude s'est également penchée sur les principales raisons de la consommation de cannabis. Curiosité, coup de fouet, se sentir mieux dans sa peau et trouver le calme intérieur sont les motifs le plus souvent cités tant par les 12-15 ans que par les 15-18 ans. Une relation a été recherchée entre le brossage des cours et l'usage de cannabis. On observe chez les brosseurs et brosseuses de 15 à 18 ans deux fois plus d'utilisateurs(-trices) présents ou passés de cannabis que chez celles et ceux qui vont aux cours. On remarque que l'usage de drogues augmente fortement en fonction de la dégradation des relations avec le milieu parental. Une mauvaise relation père-enfant est plus dommageable qu'une mauvaise relation mère-enfant. 70% des jeunes de 15 à 18 ans estiment qu'en Belgique, la consommation de drogues est un problème qui échappe totalement aux contrôles policiers. Un tiers des jeunes trouvent que le cannabis devrait être légalisé, tandis que 40% des jeunes s'opposent à cette légalisation.

L'***"Enquête sur problèmes éthiques'*** a analysé la relation entre médecins généralistes et consommation de drogue. Près de 6 médecins généralistes sur 10 sont confrontés chaque mois à au moins une question touchant aux drogues et/ou à leur consommation. Il s'agit principalement de jeunes médecins ou de médecins ayant leur cabinet à Bruxelles. Il a également été demandé aux médecins généralistes dans quelle mesure ils se sentent suffisamment compétents pour répondre à des questions sur les drogues. Plus de 1 médecin généraliste sur 3 se déclare inapte à fournir de telles réponses. Les médecins

masculins se sentent plus sûrs de leur fait que leurs collègues féminins. Les médecins d'un certain âge s'estiment mieux armés que leurs jeunes collègues. Seulement 1 généraliste sur 10 pense être capable de pouvoir assurer l'accompagnement optimal d'un utilisateur de drogue. 3 médecins généralistes sur 4 se sentent incapables d'assumer une telle mission. Les femmes médecins généralistes et les docteurs les plus âgés estiment eux aussi qu'elles et ils peuvent ne peuvent pas mener à bien ce genre de tâche. Un peu plus de la moitié des médecins sont favorables au maintien de la prohibition du cannabis, alors que 4 médecins généralistes sur 10 sont pour la dépénalisation. C'est surtout chez les généralistes masculins et jeunes que l'opposition à la dépénalisation est la plus marquée.

A côté de ces enquêtes de population, il existe ***depuis 1988 le VLIS-CD (Système Flamand d'Information - Centre Anti-drogues),*** système d'enregistrement du secteur revalidation en assistance aux toxicomanes en Flandre. Ce système contient, outre des informations sur les modalités de traitement, des données socio-démographiques. Depuis 1988, on n'observe toutefois que peu de changements dans le profil du patient moyen qui consulte les différents centres de crise et de traitement. La plupart des patients sont des hommes, jeunes (25 ans en moyenne), de nationalité belge, célibataires et sans enfants. La plupart des patients sont des ouvriers à faible niveau de formation (enseignement secondaire inférieur). Au moment de leur admission, ils vivent le plus souvent d'un revenu de remplacement. Dans la moitié des cas, le patient a des ennuis avec la justice (affaires en cours, probation ou libération conditionnelle). L'analyse des raisons d'une consommation qui pose problème révèle qu'une grande partie des patients consomment ou ont consommé des opiacés, puis des stimulants et de la cocaïne. Souvent, on prend de la drogue tous les jours. L'âge de début de consommation de la substance principale se situe autour de 18 ans.

Par eux-mêmes, les chiffres du ***Service Général d'Appui Policier*** ne donnent pas beaucoup de renseignements sur la consommation de drogues, mais plutôt sur les services de police ou sur les activités de ceux-ci en matière de drogues, sur la disponibilité éventuelle de certaines substances dans notre pays et sur le rôle de plaque tournante que joue la Belgique dans la circulation des drogues. Les différents services de police (gendarmerie, police communale et police judiciaire) pratiquent depuis 1994 l'enregistrement du nombre de faits dans les statistiques de criminalité intégrées interpolices (SCII). Il ressort de ces statistiques qu'en 1995, la détention et l'usage de stupéfiants ont constitué, ensemble, 71,8% des affaires de drogue. Les dossiers d'affaires de stupéfiants ont considérablement augmenté en 1995 (+ 78%). Cette hausse du nombre des délits liés à la drogue et constatée pour 1995 concerne surtout des affaires d'importation et d'exportation, mouvements auxquels les polices accordent manifestement plus d'attention et sur lesquels elles ont renforcé les contrôles. Malgré cette augmentation, le nombre de délits liés à la drogue en 1995 reste inférieur à celui d'autres délits, notamment les vols. A titre de comparaison, on notera qu'en 1995, pour 1.000 habitants, on relève 11 fois plus de délits de vol et d'extorsion que de délits liés à la drogue. En 1995, le taux de criminalité par vol et

extorsion a été de 38,21 alors qu'il n'est que de 3,44 pour les affaires de stupéfiants. Le Service Général d'Appui Policier estime que la hausse du nombre d'affaires de drogue s'explique par le renforcement et la multiplication des activités des services de police. Selon le rapport, la plus grande disponibilité de ces services en matière de recherche des auteurs de délits de drogue trouve ses origines dans le regain d'intérêt porté, en 1995, à la répression des trafics de drogues illégales. De meilleurs outils de gestion du problème (congrès sur les drogues, 'Plan Drogues 2OOO', et autres initiatives) se venus se joindre à la plus forte médiatisation des problèmes de drogues, catalysant l'attention des services de police envers les délits liés à la drogue.

5. Summary

5.1. General thoughts.

5.1.1. Data collection.

On our quest for numerical data, it was striking that available data concerning different services are widely dispersed, which makes the comparability of studies difficult. A number of authorities have still attempted to increase the internal comparability of data. Examples of this include the VLIS-DC, the repeated registration of drug users who come into contact with the offices of the public prosecutor of Flanders and Brussels, and the systematic registration of the new HIV-positive cases by the eight AIDS reference laboratories.

In 1996, however, there wasn't any research done on a national level into alcohol, medication and the use of drugs. That's why we have made use of population surveys on a community-based, regional or local level, as well as official statistics and so-called 'utilization studies'. These different types of research give complementary information concerning alcohol, medication and the use of drugs. This includes discussing a number of strong and weak points of this type of research.

5.1.2. Population surveys.

Population surveys are mostly concerned with large populations or population groups. More precise methods are being strived towards with such surveys as far as ***the validity and the reliability of the research methods*** are concerned. Furthermore, population surveys, as a result of their random sample, offer an advantage in the area of representativity. It remains difficult to find the correct method to set up a good random sample: are we able to reach all young people with a school survey, or is it those young people who are important for the research ***('hidden populations')*** that fall outside of the scope of the survey? School surveys are involved with young people who attend secondary education. Students, however, form only a part of the population group known as youth. Young people who are at the largest risk of drug use or misuse, are in this way not included in the research. We are thinking here of early school leavers, unemployed young people, young people in institutions, young people who are sick, or truants. It appears to us that other techniques for reaching these young people are preferable for this purpose (see further). Furthermore, it is also advisable to not limit the research concerning alcohol, medication and the illegal use of drugs to the population of young people, but to continue ***to the general population (18-65 years).***

In addition we stand ***for uniform question lists, the same coding system for the variables and methods*** for reporting information in order to facilitate comparisons between different school surveys. We propose that the region, the time in which the questioning takes place and the composition of the random sample (grades and forms of education) varies among the school surveys. The questions concerning alcohol, medication and the use of drugs from the different school surveys differ also in their content and their presentation of questions. Besides, ***these surveys limit themselves mostly to one certain area or region***. This means that collaboration on a national level between the different parts of the country is a necessary prerequisite. Finally, ***longitudinal and cohort research*** are also absent, something with which we attempt to describe trends and to come to correct conclusions (concerning, for example, the evolution of the age at which one began for the first time to regularly use drugs). We propose, after all, that it is not often that the same school survey is repeated for a similar population in the same school.

5.1.3. Utilization studies.

Also, as far as those who make use of ***the mobile and residential centres*** for problematic drug use are concerned, there still isn't any global data for further policy and research. The setting up of a ***uniform registration system*** for drug prevention and drug assistance activities would be a first step in the right direction. In this way we can get an insight into the activities performed in different sectors (local, provincial in the context of the prevention and assistance platforms on the level of the Flemish Community, on a national level).

Nevertheless, the results of such registration systems demonstrate primarily ***the capacity and the 'attractiveness' of the institutions*** for treatment. It finally only concerns those people who have come into contact with mobile or residential centres. The decrease or increase in the number of drug users in mobile and residential centres is difficult to extrapolate for the entire group of (problematic) drug users in society. We don't have, in other words, an insight into the drug users who don't wish to make use of the offer, because of, for example, language problems, accessibility, etc. That's why utilization studies within ***police-based and judicial environments*** offer complementary information on the registration within the social services network. Drug users who come into contact with the police or the law mostly don't experience their drug use as being problematic and tend less, therefore, to make use of the offer made by social services. Here we are still involved, however, with a select group of drug use, namely those who came into contact with the different services within the police. After all we have demonstrated that the registration of drug users by the police is also primarily ***a reflection of the activities of the police***. Information from utilization studies is consequently supplementary to other sources.

5.1.4. Official statistics.

Official statistics concerning alcohol, medication and the use of drugs mostly demonstrate univariant frequencies. How large is the production of alcohol, how many magisterial proceedings were there last year, how many grams of cannabis have been confiscated? In the most favourable situation, it is possible to make a connection between the use of drugs and another variable, for example car accidents. The use of drugs is, in this case, an independent variable and car accidents are dependent variables. One can investigate the factors which can be used to explain car accidents. Socio-demographic variables are mostly not involved in the analysis or are limited to only sex and age. A model is missing in which more factors play a role at the same time. As far as the relationship between car accidents and the use of drugs is concerned, there is insufficient attention paid during the analysis to both the state of the road surface and the weather, as well as the driving experience of the driver (among other factors) as an explanation for car accidents. By introducing a larger number of variables into a model in order to explain either car accidents or another dependent variable (for example, the use of drugs), there is still in general too little done. In the most favourable situation they limit themselves to ***bivariant relationships***. On the basis of ***multivariant analysis techniques*** is it possible for us, however, to work out how large the prediction strength is of each variable in order to explain the dependent variables.

5.1.5. Judgment of the organisation of research, quality of the question lists and the processing of data for the population surveys.

We are limiting ourselves here to the population surveys because these are mostly a demonstration of the entire survey, going from the description of the data collection to the description of the results. In general most population surveys pay ***too little attention to the description of the organisation of the research and its evaluation***. This is probably less involved with either expertise or with proposed budget and the lack of time. Besides, the demonstration of the results in 'a report' is in the first place not directed towards a detailed discussion of the different steps of the organisation of the research, the problems which were found in the research and the like. Mostly they limit themselves to the demonstration of the size of the random sample, the total number of men and women and the region in which the random sample was done. The way in which the random sample was made, for example, is given much less attention. The research of L. Beaucourt van Aalst and J. Pickery from Leuven have taken this the furthest, as far as the description of the organisation of the research is concerned.

As far as ***the quality of the question lists*** is concerned, we can see extremely large differences. Most question lists limit themselves to alcohol and/or illegal drugs. To a somewhat lesser degree medication has also been investigated. In addition questions are asked concerning the respondent's background characteristics, such as sex and age. Socio-economic variables, such as the form of education (ASO - General Secondary Education, TSO - Technical Secondary Education, BSO - Special Secondary Education) or the profession of the parents appear much less often in question lists. In addition, questions concerning the respondent's opinion with regard to the use of drugs, questions concerning the environment in which young people take drugs, motives for the use of drugs, attitude with regard to other 'deviant' behaviour (those forms of behaviour which transgress the norms) etc. are absent in most question lists. Most population surveys actually ***don't use a theoretical model*** from which the use of drugs can be explained. As a result of this there ***is too little attention paid to the operationalisation of concepts such as alcohol or drug use or misuse***. In this way, reference periods (last week, last month, in the past, etc.) are not even included in questions concerning alcohol used in some question lists. The most extended question lists of the population surveys on a local level were those of J. Pickery (Leuven) L. Beaucourt (Aalst), and W. De Pauw and E. Enhus (Asse). On a qualitative level these question lists also belonged to the better ones. The research performed by W. De Pauw and E. Enhus (Asse), and J. Pickery (Leuven) began in this regard with concrete hypotheses in the making of the question list and in the description of the results.

5.1.6. Quantitative analysis together with qualitative analysis.

The method which is used the most often to question people is still the ***classic survey*** which is either done in a written or an oral form. On the basis of a standardised question list people are questioned who are selected by way of a random sample. On the basis of calculations it is possible to test the proposed hypotheses. Nevertheless, this number-based line of approach is less appropriate to form the most complete possible image of, for example, the users of hard drugs. Only a section of this subgroup can be reached by way of a random sample, because some of these people don't have a permanent place of residence. Moreover, the chance is also large that they won't confess to the use of drugs or will refuse to take part in the research. A classic survey is therefore less appropriate to provide an in-depth insight into the different aspects of the use of drugs (including, among others, 'problematic drug use' or 'dependency').

Focus-group interviews or depth-interviews can more than meet this half-way. This method is of a qualitative nature and can be used as a supplement to quantitative research. By way of quantitative research, the found hypotheses can consequently be further worked out and retested via depth interviews. The two methods, qualitative and quantitative research, supplement one another.

For certain difficult groups (hidden populations), the ***snowball technique*** can mostly be used in order to put together the random sample, and it is also possible to couple it with the ***classic self-report question lists***. The snowball technique proposes that a research group is put together via social relationships between people. On the basis of a number of criteria the people are determined which are considered to fulfil the expectations in order to be able to belong to a representative random sample.

Another working method is ***participatory observation***. This is a well-known anthropological or ethnographic method in which the researcher, as it were, gets under the skin of those whom he is attempting to study by participating in their life. It demands an enormous amount of empathy and willingness to participate in the habits and life-style of the group being investigated. The researcher observes and participates at the same time, without forgetting that he is actually performing research. In Belgium, ethnographic studies are being applied more and more often to drug users.

5.2. Alcohol.

In this section the most important results are demonstrated for alcohol. We are focussing our attention primarily on those surveys which have investigated bivariant relationships. We discuss in short car accidents caused by drunkenness and the results of school surveys concerning alcohol respectively.

In 1995 the highest number of ***accidents*** (n=3.532) were recorded since 1991, where at least one driver was in a clear state of drunkenness. The number of victims (n=5.292) in this regard reached also in 1995 its highest point in comparison with the 4 preceding years. Nevertheless, a majority of the accidents (92.5%) were caused by drivers who were not under the influence of drugs, medication or alcohol. Drivers under the influence of alcohol between 25 and 45 years formed the largest group of people involved in car accidents with bodily damage (58.5%). 59,6% of the accidents with alcohol happened in 1995 in the Flemish Region, 37,8% in the Walloon Provinces and 2,5% in the Region of Brussels.

The different ***population surveys*** have provided us with the following results. ***'Free in free-time? Research into individualization tendencies in the way young people spend their free-time'*** in the Flemish Region demonstrates that 42,5% of young people between the ages of 20 and 21 were not drunk during the 6 month period preceding the survey. No more information is included concerning alcohol use.

The research ***'Survey action into addiction prevention'*** in Zottegem by H. Delanoy en A. Van Caenegem demonstrated that on average an amount of 48,9% of the total number of students between the ages of 12 and 18 are still drinking alcohol. Moreover, the percentage of young people that drink alcohol increases with age. There are also differences based on sex. More boys than girls drink, and boys also drink more glasses of alcohol than girls (3 to 5 glasses per week: b: 18% and g: 9%). Beer has been named the favourite drink among those who drink alcohol. In general, older young people drink in cafes, disco's and associations, while the younger generation is more likely to drink at home.

'Survey on the night-life behaviour of young people in the city of Aalst' demonstrates that almost 6 out of 10 young people prefer to drink alcohol at the most important moments while going-out. Based on sex, it is also especially boys who drink alcohol. As the age increases, the percentage that drink alcohol also increases. Furthermore, a relationship has been demonstrated between alcohol and the use of drugs. It has been demonstrated that, as far as young people who drink alcohol are concerned, a larger percentage go on to use drugs than young people who don't drink alcohol. There didn't appear to be any connection, however, between alcohol use and socio-economic class.

'Young people in the spotlight: a survey into the life-style of students between the ages of 12 and 18 in the schools of Asse' demonstrates that between 86% and 88% of young people between the ages of 15 and 18 have already actively experienced beer and wine, but also with stronger products such as cocktails, appetisers and spirits. 56% of young people aged between the ages of 12 and 15 have certainly drunk spirits, and an amount of 70% beer and wine. Young people who drink daily both spirits and drinks which aren't as strong, form in this regard a minority. The young people who were questioned drink alcohol because they like the taste or because alcohol functions to makes them feel comfortable and allows them, therefore, to enjoy themselves more.

5.3. Medication

The money spent on medication means revenue for one party and for the other expenditure. For the patient it is important that he/she is able to afford to pay for the medication, whereas the government has to ensure that they don't lose control of the social security expenditure. According to the BIGE, Belgium is one of the prominent consumers of medication together with Germany and France. The government's medication expenditure per head of the population is, however, higher in Luxembourg, France, the Netherlands and Germany.

According to the OIVO Belgians spend about 1000 francs per month on their medication, a half of which is paid back by the government health insurance. It concerns here averages which are divided quite unequally. In the ***'Seniorama-survey'***, a population survey on a community and regional level for the elderly, this is even more obvious. The average monthly expenditure of an elderly person on general practitioner consultations and medication amount to respectively 746 and 947 francs (=their own contribution or obliged payment). These amounts increase depending on the degree to which the elderly person finds him/herself in a less advantageous health or status situation. It is the expenditure on medication which especially increases. Moreover, there are differences depending on region and age. Especially older patients spend more money on medication. This is more applicable to the Walloon provinces in Belgium than to other parts of the country. The elderly in old people's homes who are mostly less healthy than the elderly who do not live in such places, are more likely to find that the price for medical care is too high.

Furthermore, it appears in the Seniorama-survey that the number of old people who are currently using medication varies depending on sex, age, region, profession and whether or not they live in an old people's home. Women, older elderly people and elderly people who live in an old people's home consume more medication than the other groups. The degree to which the patient remains faithful to the advice of their doctor depends largely upon their level of education and age. The older they are and the lower the education level they have attained, the more carefully they follow the their doctor's advice. Age and their income level are also determining factors for whether they prescribe medication for themselves. Younger elderly people and those within a higher income bracket are more likely to prescribe medication for themselves than the other groups.

The ***'Health survey for the province of Antwerp'*** demonstrates in its turn that visits to the general practitioner and the dentist, and hospitalisation increases with age, but falls depending on the degree to which the education and income level climbs. In addition there are also differences depending on sex. More women than men visit a specialist. It is also more likely to be widow(er)s who visit their general practitioner or a specialist than the groups in another situation. The use of prescribed and unprescribed medication has also been investigated. It appears in this regard that the use of the first sort of medication decreases depending on a higher education or increasing income, and increases depending on age, whereas for unprescribed medication the opposite tendency presents itself. Furthermore, more women than men take both prescribed and unprescribed medication. More widow(er)s use prescribed medication, while divorced people use more unprescribed medication.

According to the research ***'Survey action into addiction prevention'*** in Zottegem by H. Delanoy and A. Van Caenegem, it appears also that there are

differences depending on sex and age for the type of medication used and the time at which the medication is taken (daily, weekly, exam periods, never). In this way almost 60% of girls and a bit more than 50% of boys consume vitamins. As they grow older, this percentage decreases. About a fourth of the girls take pain-killers in comparison to an eighth of the boys. The peaks can be noted especially for girls during the exam periods. This is also the case for the use of stimulants and calming drugs for girls. The percentage of boys that use these drugs remains small: only 5%.

The ***'Survey on the night-life behaviour of young people in the city of Aalst'*** demonstrates that 1 in 8 young people are currently taking some form of medication. Almost 9 out of 10 of these young people take more than 1 type of medication. From the group which uses medication, pain-killers are mostly taken (72,8%), after that follow stimulants (10,3%) and calming pills (9,2%). Three times more girls than boys make use of such medication. Girls take especially pain-killers and pills used to decrease hunger, whereas boys are more likely to take calming pills, stimulants and sleeping pills. Furthermore there is a relationship between the use of medication and drugs. The number of young people who belong to the medication users group that also use drugs is actually larger than for the young people who don't take medication.

'Young people in the spotlight: Research into the lifestyle of students between the ages of 12 and 18 in the schools of Asse' demonstrates that calming or sleeping pills remain connected to a certain situation or occasion. 17,5% of the people aged between 15 and 18 and 10,2% of the people aged between 12 and 15 have made use of these pills in the past. Research data collected by the OIVO confirm the tendencies of the preceding pages. In addition to sick people, non-active women, people older than seventy, workers, servants, farmers, those who attained a low education level and people with a low income form the group which takes the largest number of different types of medication. Except for the sex and the social group which one belongs to, age also plays an important role. The use of medication is high in the period in which a child is suckled (0-2 years) and decreases after that in the group aged between 10 and 40 years old, and then increases.

5.4. Illegal drugs.

Numerical data concerning illegal drugs can be found on the one hand with police services such as the APSD (General Police Support Service) or with mobile or residential institutions which develop programmes for people with problematic drug addiction. A third source is formed by the population surveys for young people.

'Free in free-time? Research into the individualisation tendencies in the way young people spend their free-time' investigated the use of cannabis and pep pills in the group of young people aged between 20 and 21 in the Flemish Region. 80,8% of the questioned young people have never used cannabis and for pep pills (including XTC and speed) is that 93,4%. 7 out of 10 young people are of the opinion that the use of soft and/or hard drugs should remain illegal, whether or not they think it should be similarly punished. Furthermore, the use of drugs doesn't demonstrate any differences that are worthy of mention between the levels of education achieved. The attitude with regard to the legalisation of soft and hard drugs does differ depending on the education level achieved. Young people from a higher social group are more nuanced in their judgment on the legalisation of drugs, although they are not more tolerant because of this.

In the ***'Research into the mental health of young people from secondary education in the Capital District of Brussels'*** it appears that 1 in 4 young people who are attending school have used at least once in their lives (an) illegal drug(s). Those who have used illegal drugs in the year before the survey was held, belong to the group of 'tryers'. They make up 18% of the population. The young people who used drugs during the month before the survey, belong to the group 'users' (12%). More boys than girls belong to the group 'tryers' or 'users'. It is also applicable here that as the age increases, the number of boys and girls increases that 'try' and 'use'. The most used products are cannabis (15%) and XTC (4%).

The research ***'Survey action into addiction prevention'*** in Zottegem by H. Delanoy and A. Van Caenegem demonstrates that 7% of young people who attend school used or have used illegal drugs in the past. 66,5% of these are boys, the rest girls. Especially in the older age groups, a larger number of illegal drugs are used than in the younger age groups. The number of stoppers also increases with age. The products which are used the most by the minority who have used drugs are hash (28,9%) and marijuana (31,1%). A third of the (ex-) drug users get of drugs via friends. Moreover, the use of drugs doesn't often happen alone, but rather in groups, cafes or discos.

'Survey on the night-life behaviour of young people in the city of Aalst' demonstrates that 12% of young people have used drugs in the past or are presently still using drugs. Cannabis (44,9%), speed (13,1%) and stimulants (11,3%) are quite popular among these young people. From this survey it appears once again that girls take less drugs than boys. Moreover, as the age increases, the use of drugs also increases until the ages of between 16 and 17 are reached. Friends form the first source of contact for almost half of all young people, often in combination with discos or formally organised parties. A half of the (ex-)drug users do it for the kick. Furthermore, a relationship has been made between alcohol and the use of drugs in the second instance between medication and the use of drugs. A larger number of young people who drink alcohol also use drugs in comparison to the young people who don't drink alcohol. The same is applicable to young people who take medication. Depending on socio-economic class it appears that the use of drugs happens more often in the higher social classes.

'Young people in the spotlight: Research into the lifestyle of students between the ages of 12 and 18 in the schools of Asse' demonstrates that almost a fourth of students between the ages of 15 and 18 use(d) cannabis. In the group of people aged between 12 and 15 it concerns 8% of the students. For XTC it is true that 5% of the oldest group use(d) it in comparison to 1,7% of the youngest group. It also appears here that more boys than girls use(d) it and that they do/did this also on a more frequent basis than girls. Almost half of the complete population of people between the ages of 15 to 18 even say that it is easy for them to get hold of cannabis, whereas for the group of people between the ages of 12 and 15 this is 15,9%. The most important motives for people to resort to cannabis have also been investigated. Curiosity, the kick, feeling better and rest were named the most often, both for age groups between 12 and 15 and people aged between 15 and 18. Truancy was also related to the use of cannabis. Among the truants aged between 15 and 18 there are two times as many young people who are or were users of cannabis. In relation to their relationship with their parents it appears that as the relationship at home becomes worse, the use of drugs increases strongly. A bad relationship between father and child has more weight in this regard than a bad relationship between mother and child. 70% of young people aged between 15 and 18 are of the opinion that the use of drugs in Belgium is a problem which the police don't have hardly any control over. A third are of the opinion that cannabis should be permitted by law, whereas 40% disapprove of this.

In the ***'Survey concerning ethical problems'*** the relationship was investigated between general practitioners and the use of drugs. Almost 6 out of 10 young people receive monthly at least one question concerning drugs and/or the use of drugs. It concerns primarily young doctors or doctors who have their practice in

Brussels. The general practitioners were also asked to what level they felt they were competent to answer questions concerning drugs. More than 1 out of 3 general practitioners didn't feel competent enough to answer the questions asked concerning drugs. Male doctors feel in this regard more sure of themselves than their female colleagues. Older general practitioners feel also that they are more competent than the younger general practitioners. Only 1 out of 10 general practitioners think that he/she would be able to optimally supervise a drug user. 3 general practitioners out of 4 think they could not fulfil such an assignment. Female and older general practitioners feel less interested in performing this task. A bit more than half of the general practitioners would like to keep cannabis as a punishable offence. 4 in 10 general practitioners are for a depenalisation. Resistance against depenalisation is at its highest among men and younger general practitioners.

In addition to these population surveys, ***the VLIS-DC (Flemish Information System - Drug free Centres) has existed since 1988***, a registration system from the rehabilitation sector concerning drug assistance in Flanders. In addition to information concerning the method of treatment, socio-demographic information is also included. Since 1988 there has been, however, little change in the profile of the standard client in the different crisis and treatment centres. In this way a large part of the clientele are men, young (on average 25 years old), Belgian, unmarried and don't have children. Most of the clients are workers with a low education level (the level of lower secondary education). At the moment of admission they are mostly living on social benefits. In half of the cases the client is also under judicial pressure (cases in proceedings, probation or conditional release). Research concerning problematic use has demonstrated that a large percentage use opiates, followed by stimulants and cocaine. More often than not they use daily. The age at which they began with the primary product fluctuates around 18 years.

Figures from the ***APSD (General Police Support Service)*** don't say in so many words anything about the use of drugs, but do discuss police services or the activities of the police in this regard, the possible availability of certain products in the country and the function of Belgium as a place of transit for these drugs. The different services within the police (the state police, local and legal police) have used since 1994 the GIVS (Integrated Interpolice Criminality Statistics) for the registration of the number of crimes. From these statistics it appears that in 1995 the possession of narcotic drugs and their use made up together 71,8% of the drugs problematic. The crimes in relation to narcotic drugs climbed strongly in 1995 (by 78%). The increase in the number of drug-based crimes fell in 1995, which can especially be read in the category 'Import and export', to which clearly more attention is being paid and which is being better controlled. Despite this increase the number of drug-based crimes in 1995 is still lower than for example

the number of thefts. For comparison: 11 times more theft-based crimes and extortion than drug-based crimes were committed per 1.000 inhabitants in 1995. The degree of criminality for theft and extortion amounted to as much as 38,21 in 1995, and for narcotic drugs this was only 3,44. According to the APSD the increase can be explained by the number of crimes in relation to narcotic drugs by the pro-active performance of the police. The increase in the willingness to investigate crime among the police services is according to the report primarily thanks to the attention which has been paid to drug-based crimes both on the basis of policy (congresses concerning the drugs problematic, 'Drug plan 2000', etc.) and in the media.

Tabellen

Hoofdstuk 2: Bevolkingsenquêtes.

2.1. Gemeenschaps- en Gewestniveau.

2.1.1. Seniorama enquête.

2.1.2. Enquête over ethische problemen.

<u>2.1.3. Vrij in de vrijetijd? Een onderzoek naar individualiseringstendensen in de vrijetijd van jongeren.</u>

<u>2.1.4. Onderzoek naar de geestelijke gezondheid van jongeren uit het secundair onderwijs in het Brussels Hoofstedelijk Gewest.</u>

2.2. Lokaal niveau.

2.2.1. Gezondheidsenquête Antwerpen.

2.2.2. Enquête actie verslavingspreventie.

2.2.3. Onderzoek naar het uitgaansgedrag bij jongeren in de stad Aalst.

2.2.4. Jongeren in de schijnwerper: Een onderzoek naar leefstijl bij de scholieren van 22 tot 18 jaar in de Assese scholen.

Hoofdstuk 3. Utilization studies.

3.1. Federaal niveau.

3.1.1. Aids in België: situatie op 30 juni 1996.

3.2. Gemeenschaps- en Gewestniveau.

4.2. Medicatie.

4.3. Illegale drugs.

4.3.1. Prijzen van de verdovende middelen in 1995

4.3.2. Gerechtelijke aspecten.

Bronvermelding

Aelvoet W., Bogaerts K. en Capet F. (red.). *Gezondheidsindicatoren 1994.* Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap Departement Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, Administratie Gezondheidszorg, Afdeling Preventieve en Sociale Gezondheidszorg, Team Gezondheidsindicatoren, Gent, L. Vanmelle, 1996.

Aids in België: situatie op 30 juni 1996. Trimestrieel rapport nr. 43. Brussel, Instituut voor Hygiëne en Epidemiologie, Dienst Epidemiologie, 1996.

Beaucourt L. en Aken P. Van. *Onderzoek naar het uitgaansgedrag bij jongeren in de stad Aalst.* Antwerpen, Universitair Ziekenhuis Antwerpen, Dienst spoedgevallen, 1996.

Beullens M., Devroe E. en Ponsaers P. *Een vergelijkend jaaroverzicht van de criminaliteit in 1994-1995. Op basis van geïntegreerde interpolitiële criminaliteitsstatistiek (GICS). Handboek Politiediensten. Dossier 1996.* Algemene Politiesteundienst. Afdeling Politiebeleidsondersteuning. Leuven, Kluwer Editorial, 1996.

Clercq M. De, Vranckx A., Navarro F. en Piette D. *Onderzoek naar de geestelijke gezondheid van jongeren uit het secundair onderwijs in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.* Brussel, Overlegplatform voor Geestelijke Gezondheid voor Brussel-Hoofdstad en Université Libre de Bruxelles, in opdracht van de ministers Chabert J. en Hasquin H., 1996.

De Druglijn: jaarverslag 1995. Brussel, VAD-Druglijn, 1996.

De Druglijn: jaarverslag 1996. Brussel, VAD-Druglijn, 1997.

De geneesmiddelenindustrie in België. Economische bijdrage en relaties met de overheid. Brussel, Algemene Vereniging van de Geneesmiddelenindustrie (AVGI), oktober 1995.

Delanoy H. en Caenegem A. Van. *Enquête actie verslavingspreventie.* Zottegem, Werkgroep 'Verslavingspreventie en Politie Zottegem, 1996.

Enquête over ethische problemen. In: *De Huisarts,* Weekblad voorbehouden aan het medisch corps, nr. 315 van 6 maart 1996.

Gerechtelijke statistieken. Bedrijvigheid der hoven en rechtbanken. Jaar 1994. Brussel, NIS, 1996, nr. 3.

Gezondheidsenquête provincie Antwerpen 1995-1996. Basisresultaten. In de reeks Gezondheidsenquête Antwerpen, nr. 1. Antwerpen, Provinciaal Instituut voor Hygiëne, 1996.

Groote K. De, Hal G. Van, Damme P. Van en Cauwenberghe K. Van. *Registratie en retrospectief onderzoek van druggebruikers in 12 parketten in Vlaanderen en Brussel: 1995.* Antwerpen, Universitaire Instelling Antwerpen en Rechtbank van eerste Aanleg Antwerpen, 1996.

Het Brouwersblad. Driemaandelijks tijdschrift, CBB, Jaargang 103, september 1996

Joossens L. *Geneesmiddelen 1996.* Brussel, Onderzoeks- en Informatiecentrum van de Verbruikersorganisatie (OIVO), 1996.

Kerremans S. *Antwerps Druginterventiecentrum (ADIC): Vlaams Informatiesysteem Drugvrije Centra: statistische gegevens 1988-1994, Verslag van 7 jaar werking.* Antwerpen, ADIC, 1995.

Ost M. en Goegebeur I. *De druggebruiker in contact met de rijkswacht doorgelicht.* Brussel, Rijkswacht, Centraal Bureau der Opsporingen, Programma Drugs, 1996.

Pauw W. De en Enhus E. *Jongeren in de schijnwerper: Een onderzoek naar leefstijl bij de scholieren van 12 tot 18 jaar in de Assese scholen.* Brussel, VUB, 1996.

Pickery J. *Vrij in de vrijetijd? Een onderzoek naar individualiseringstendensen in de vrijetijd van jongeren.* Leuven, KUL, 1995.

Questionnaire destiné aux rapports annuels pour 1995. Commission des stupéfiants des Nations Unies. Vienne, Programme des Nations Unies pour le Contrôle international des drogues. Centre international de Vienne, 1996.

Ruyver De B., Casselman J., Noirfalise A., Van Daele L., Debbaut D., Etienne M., Gillet I. en Passchyn L. *Verzameling en beschikbaarheid van epidemiologische gevens omtrent het gebruik van drugs in België en in enkele buurlanden. Een voorbereidende studie.* Brussel, Diensten van de Eerste Minister, Federale Diensten voor Wetenschappelijk, Technische en Culturele aangelegenheden, Programma van toekomstgericht Sociaal-Economisch Onderzoek, RUG, KUL en Université de Liège, 1996

Ruyver De B. en Daele Van L. *The Millennium Conferences 1994: Welke alternatieven inzake drugbeleid?* Brussel, Koning Bouwdewijnstichting, 1994.

Sasse A., Renterghem H. Van en Heyden D. Van der. *De epidemiologie van AIDS en HIV-infectie in België. Toestand op 31 december 1995.* Brussel, Instituut voor Hygiëne en Epidemiologie, 1996.

Seniorama-enquête. Opinipeilingsbureau Performers. In: De Huisarts, Weekblad voorbehouden aan het medisch corps, nr. 330, van 19 juni 1996.
Verkeersongevallen op de openbare weg met doden of gewonden. Jaar 1994. Brussel, NIS, 1995.

Verkeersongevallen op de openbare weg met doden of gewonden. Jaar 1995. Brussel, NIS, 1996.

Wolf F. De (red.). *Compendium gezondheidsstatistiek 1996.* Lier, Belgisch Instituut voor gezondheidseconomie (BIGE), 1996

World Drink Trends 1996, International Beverage Consumption and Production Trends. Oxfordshire, Produktschap voor gedistilleerde dranken in association with NTC Publications LTD, 1996.

Zwart W.M. de en Mensink C. *Jaarboek verslaving 1995. Over gebruik en zorg in cijfers.* Nederlands Instituut voor Alcohol en Drugs (NIAD). Diegem, Bohn Stafleu Van Loghum, 1996.

De auteurs bieden een uniek overzicht van de meest recente gegevens inzake alcohol, illegale drugs en medicatie. De gebundelde informatie werd bekomen in samenwerking met diverse federale en communautaire instanties (Ministeries van Volksgezondheid, Justitie, Economische zaken, ...) alsook i.s.m. instellingen voor preventie, opvang, behandeling en onderzoek.
De gegevens werden verzameld en kritisch onderzocht met het oog op een coherente integratie. Meer nog dan in de vorige uitgave worden een aantal duidelijke tendenzen i.v.m. middelengebruik aangeduid.

Deze bundeling biedt enerzijds een mogelijkheid om een beeld te krijgen van het voorhanden zijnde cijfermateriaal. Anderzijds leggen de auteurs een aantal leemtes in onderzoek bloot en formuleren zij een aantal aanbevelingen voor onderzoek en beleidsvoorbereidende gegevensverzameling.
Tenslotte vormt deze uitgave een nieuw platform waarop het cijfermateriaal en de onderzoeksgegevens hun verspreiding vinden naar een ruimer publiek. Op die manier kan dit boek ook een stimulans betekenen voor onderzoekers.

De Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD) is een overkoepelende organisatie van instellingen en verenigingen die zich in Vlaanderen richten op studie, preventie en hulpverlening inzake alcohol- en andere drugproblemen.

Bianca Booms (°1973) studeerde af als licentiaat in de sociologie aan de Faculteit Sociale Wetenschappen van de Vrije Universiteit Brussel en is sinds januari 1997 tijdelijk verbonden aan de VAD, sector Epidemiologie en Onderzoek.

Jean-Paul Wydoodt (°1966) behaalde zijn licentie in de criminologie aan de Faculteit Rechten van de KULeuven. Na enkele jaren gewerkt te hebben op de KULeuven stapte hij in 1992 over naar de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen waar hij verantwoordelijk is voor de sector Epidemiologie en Onderzoek. Als zodanig is hij lid van de Groupe Pompidou van de Raad van Europa en maakt hij deel uit van het Belgisch Reitox Netwerk dat rechtstreeks instaat voor druggebonden informatie-uitwisseling met het Europees Drugsobservatorium in Lissabon.

VLAAMSE GEMEENSCHAP

Deze uitgave kwam tot stand met de financiële steun van de Vlaamse Gemeenschap.